

Aus dem Max-Planck-Institut für Ornithologie
Gruppe Schiefenhövel (Humanethologie)
in 82346 Andechs

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Manfred Gahr

„Psychische Störungen im Wochenbett bei Kaiserschnitt-entbundenen Frauen“

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilian-Universität zu München

Vorgelegt von
Barbara Anna Nowitzky
aus München
2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Wulf Schiefenhövel

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Birgitta Bardy

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser,
FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 19. März 2009

Für meine Familie

Anderl

Ismael, Idana und Yannis

Robin, Julian, Lukas, Tobias und Enya

**„Während der Ebbe schrieb ich eine Zeile
auf den Sand,**

**in die ich alles legte, was mein Verstand und Geist
enthält.**

**Während der Flut kehrte ich zurück, um die Worte
zu lesen,**

**und ich fand am Ufer nichts als
meine Unwissendheit.“**

Khalil Gibran

Danke...

Wenn man an dieser Stelle auch versuchen mag, allen Menschen und ihrer Unterstützung, die zum erfolgreichen Werdegang dieser Arbeit beigetragen haben, gerecht zu werden, gelingt es letztendlich doch nicht annähernd.

Ich habe in dieser Zeit - beginnend mit der Konzeption der Fragebögen und der Datenerhebung bis hin zur Niederschrift und Bewertung der Ergebnisse – meine Tochter Enya und meine vier Söhne Robin, Julian, Lukas und Tobias geboren, von denen ich einen frühzeitig wieder verlieren musste.

Ich kann der tiefen Dankbarkeit, die ich meiner gesamten Familie gegenüber empfinde, keinen wirklich geeigneten Ausdruck verleihen, denn trotzdem ermöglichten wir zusammen das eigentlich Unmögliche: die Fertigstellung dieser Arbeit.

Für ihre viele Geduld und nachhaltige Hilfestellung bei der statistischen Auswertung, der Umgehung methodologischer Fallstricke, dem Meistern diverser Feinheiten praktischer PC-Arbeit bis hin zum Layout und der formalen Korrektur danke ich meiner Schwester Dipl.-Soz. Katharina Mayr am Lehrstuhl für Wissenschaftssoziologie der LMU München und meinem Schwager Dr. Christian Klimmer.

Ohne den Rückhalt meiner KollegInnen aus der Arbeitsgruppe wäre aus dieser Arbeit nichts Konkretes geworden, mein Dank gilt natürlich auch unserem Betreuer Dr. med. Gerhard Dammann, Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, und meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Wulf Schiefenhövel vom Max-Planck-Institut in Andechs.

Ausdrücklich und ganz besonders bedanken möchte ich mich bei den Frauen, die ihre intimen Erfahrungen, Gedanken und Gefühle für diese Arbeit öffentlich gemacht haben, damit eine zeitgemäße Geburtshilfe zukünftigen Müttern in ihrer Situation besser gerecht werden kann. Ich danke auch den Müttern, die – aus welchen Gründen auch immer - diesen Schritt nicht tun konnten, und empfinde tiefen Respekt vor all den Schicksalen, die mir auf diesem Weg begegneten.



*Die Geburt des Aesculap, entbunden aus dem Leib seiner Mutter Coronis durch Apollo
(Alessandro Benedetti: De Re Medica, 1549)*

1. Einleitung und Überblick	1
2. Literatur und Voraussetzungen	5
2.1. Entbindung durch Kaiserschnitt	5
2.2. Historische Entwicklung und Beschreibung der affektiven „Störungsbilder“ von Wöchnerinnen	9
2.3. „Baby-Blues“ und „Postpartum-Depression“ – ein wissenschaftliches Thema?	15
2.3.1. Beschreibungsversuche von „Baby-Blues“ und „Postpartum-Depression“ – Studien und Instrumente	18
2.3.1.1. „Baby-Blues“	18
2.3.1.2. „Postpartum-Depression“	23
2.3.1.3. Studien mit Kontrollgruppen	23
2.3.2. Ätiologische Konzepte	25
2.3.2.1. Endokrine Hypothesen	25
2.3.2.2. Evolutionsbiologische Hypothesen	29
2.3.2.3. Mutter-Kind-Bindungs-Theorie	30
2.3.2.4. Psychiatrisch-therapeutische Ansätze	31
2.3.2.5. Kulturübergreifende und ethnologische Forschung	33
2.3.2.6. Modelle aus den Sozialwissenschaften (Psychologie, Soziologie und Humananthropologie)	35
2.3.3. Aktueller Stand der Diskussion um „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression	38
2.3.3.1. Zusammenfassung der „Prädiktoren“ und „Risikofaktoren“ für Befindlichkeitsstörungen im frühen und späteren Wochenbett	40
2.4. Hypothesenbezogene Literatur	44
2.4.1. Spezielle Literatur zur Geburt durch Sectio Caesarea in Bezug auf die „Medikalisierung der Geburt“ (Hypothesengruppe I)	44
2.4.2. Hypothesengruppe II – Körperkontakt zwischen Mutter und Kind/ern nach der Geburt	64
2.4.3. Hypothesengruppe III – Stillen	66
2.4.4. Hypothesengruppe IV – Wochenbettbetreuung und Seklusion im Wochenbett	68
2.4.5. Hypothesengruppe V – Probleme und Schwierigkeiten mit dem Kind/den Kindern	72
2.4.6. Hypothesengruppe VI – Unterstützung durch das soziale Umfeld der Mütter	76

2.4.7. Hypothesengruppe VII – Partnerschaft	79
2.4.8. Hypothesengruppe VIII – Psychiatrische Eigen- und Familienanamnese	82
2.4.9. Hypothesengruppe IX – Probleme und Einflussfaktoren bezogen auf die bereits erlebten Schwangerschaft(en)	83
2.4.10. Hypothesengruppe X – Ängste und Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft	85
2.4.11. Hypothesengruppe XI – Prämenstruelles Syndrom	87
2.4.12. Hypothesengruppe XII – Bildung und Berufstätigkeit, sozioökonomischer Status	88
2.4.13. Hypothesengruppe XIII - Soziodemografie	89
3. Empirische Untersuchung	92
3.1. Fragestellung	92
3.1.1. „Münchener Postpartum Studie“	92
3.1.2. Untersuchungsziele	93
3.1.3. Definition der zu untersuchenden „affektiven Störungen“:	93
3.1.4. Überprüfung von verschiedensten Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen	94
3.2. Methoden und Durchführung der Befragung	96
3.2.1. Kollektiv „Sectio-Patientinnen“	96
3.2.2. „Babyblues“ - Fragebogen für die Interviews im frühen Wochenbett	98
3.2.2.1. Standardisiertes Instrument	98
3.2.2.2. Entwicklung eigener Instrumente	99
3.2.3. „Sechs-Wochen-Fragebogen“	101
3.2.3.1. Standardisierte Instrumente	102
3.2.3.3. Zusätzlich entwickelter Fragenkatalog	104
3.2.3. Statistik	105
3.3. Ergebnisse	105
3.3.1. Soziodemografische Eckdaten der Stichprobe (Hypothesengruppe XIII.)	106
3.3.2. Zur weiteren Beschreibung der untersuchten „affektiven Störungen“ und Abgrenzung der „Störungsbilder Babyblues, Postpartum-Depression und Postpartum-Psychose“	109
3.3.3. Zur Überprüfung von verschiedenen Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen	116
3.3.3.1. Hypothesengruppe I.- Medikalisierung des Geburtsverlaufs und „Baby-Blues“/Postpartum-Depressionen	116

3.3.3.2.	Hypothesengruppe II.- Körperkontakt (KK) zwischen Mutter und Kind und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	122
3.3.3.3.	Hypothesengruppe III. - Stillen und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	124
3.3.3.4.	Hypothesengruppe IV. - Seklusion im Wochenbett und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	125
3.3.3.5.	Hypothesengruppe V. – Umgang/Probleme mit dem Kind und „Baby-Blues“/ Postpartum-Depression	128
3.3.3.6.	Hypothesengruppe VI. - Soziale Unterstützung und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	131
3.3.3.7.	Hypothesengruppe VII: - Partnerschaft und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	135
3.3.3.8.	Hypothesengruppe VIII. – Psyche und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	137
3.3.3.9.	Hypothesengruppe IX. – Schwangerschaft/Schwangerschaftsprobleme und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	139
3.3.3.10.	Hypothesengruppe X. – Ängstlichkeit und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	144
3.3.3.11.	Hypothesengruppe XI. – Prämenstruelles Syndrom und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	144
3.3.3.12.	Hypothesengruppe XII. – Bildung, Beruf und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	145
4.	<i>Diskussion der Ergebnisse entsprechend der vorgestellten Hypothesen</i>	147
4.1.	Soziodemografie	147
4.2.	Medikalisierung der Geburt und spezielle Geburtsumstände	148
4.3.	Körperkontakt zwischen Mutter und Kind	157
4.4.	Stillen	160
4.5.	Seklusion und Betreuung im stationären/frühen Wochenbett	161
4.6.	Umgang und Probleme mit dem oder den Neugeborenen	165
4.7.	Soziale Unterstützung und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	169
4.8.	Partnerschaft und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	176
4.9.	Psyche und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	178
4.10.	Schwangerschaft, Schwangerschaftsprobleme und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	180
4.11.	Ängstlichkeit und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	183

4.12. Prämenstruelles Syndrom und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	183
4.13. Bildung, Beruf und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression	184
4.14. Definition und Abgrenzung von „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression	185
5. Zusammenfassung	188
Übersicht Anhänge	192
Anhang 1: Fragebogen im Wochenbett (Kaiserschnitt)	193
Anhang 2: Kendell Selbstbeurteilungsbogen	209
Anhang 3: Fragebogen zur Stimmung der Mutter einige Wochen nach der Geburt	210
Anhang 4: So fühlte ich mich während der letzten Woche (EPDS)	213
Anhang 5: Partnerschaftsfragebogen	215
Anhang 6: Fragebogen zur Selbstbeschreibung (STAI)	216
Anhang 7: BDI	217
Anhang 8: Fragebogen zu Ihrem Umfeld (SSQT/SSQS)	219
Literaturverzeichnis	223

AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
BDI	Beck Depression Inventar
BEL	Beckenendlage
bzw.	beziehungsweise
CTG	Cardiotokogramm, Cardiotokografie
d.h.	das heißt
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GHQ	General Health Questionnaire (in dieser Arbeit speziell: „depression scale“)
GRV	gesetzliche Rentenversicherung
ICSI	Intra-Cytoplasmatische Spermien-Injektion
ITN	Intubationsnarkose
IVF	In-Vitro-Fertilisation
KK	Körperkontakt
KSc	Kennerly-Score
LMU	Ludwig-Maximilian-Universität
MPI	Max-Planck-Institut
p.p.	post partum
PDA	Periduralanästhesie
PL	Partnerschaftsfragebogen („Partnerliste“)
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
S	Sectio-Caesarea-Kollektiv
SS	Schwangerschaft
SSQS	Social Support Questionnaire for Satisfaction
SSQT	Social Support Questionnaire for Transactions
SSW	Schwangerschaftswoche
St.ab.	Standardabweichung
STAI	State-Trait-Angstinventar („Fragebogen zur Selbstbeschreibung“)
TU	Technische Universität
u.ä.	und ähnliches
u.v.a.	und viele andere
V	Kollektiv der spontan-vaginal, vaginal operativ und Sectio-entbundenen Frauen
Z.n.	Zustand nach

1. Einleitung und Überblick

Mit dem mental und emotional nahezu unfassbaren Geschehen rund um die Geburt eines Kindes¹ hat sich die Menschheit schon seit ihren zunehmend erforschten Anfängen vor vielen Jahrtausenden wohl ununterbrochen auseinandergesetzt. Daher mag auch das bemerkenswerte Interesse für die affektiven Beeinträchtigungen von Wöchnerinnen sowohl in der Populärliteratur als auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen rühren, denn seit es schriftliche Zeugnisse über medizinische Forschung gibt, wurden psychische Phänomene in der Wochenbettzeit thematisiert.

In einem scheinbaren Gegensatz dazu steht die offensichtliche Diversivität der wissenschaftlichen Ergebnisse und Theorien auf diesem Gebiet sowohl zur Ursache als auch zur Definition dieser in einem speziellen Zusammenhang beobachteten psychischen „Störungen“. Diese Entwicklung wurde auch in der zeitgenössischen Wissenschaft durch die innerhalb der jeweiligen fachlichen Denktraditionen verhaftet bleibende Herangehensweise der einzelnen forschenden Disziplinen verstärkt. Diese maßen dem konstruktiven Dialog untereinander oftmals zu wenig Bedeutung bei; die gegenseitige Integration der beobachteten Phänomene und Symptomatiken aus dem medizinisch-biologischen in den sozialen und historischen - damit gesamtgesellschaftlichen - Kontext der Mutterschaft konnte somit bisher nicht ausreichend gelingen². Vielfach wurden - möglicherweise gerade wegen der Unübersichtlichkeit der Forschung - auch aufgrund nicht überprüfter Annahmen gleichsam dogmatisch immer wieder ähnliche Studien unter ähnlichen Voraussetzungen, die jeweils nur wenige Aspekte der komplexen Wochenbettsituation mit einbezogen, reproduziert. Ein populäres Beispiel für Letzteres ist beispielsweise die häufig untersuchte bzw. bereits als bewiesen angenommene „Tatsache“, dass die Depression im Wochenbett generell häufiger sei als in anderen „vulnerablen“ Lebensabschnitten von Frauen im gebärfähigen Alter. Bis heute ist diese – eigentlich evident widerlegte, trotzdem hartnäckig beschworene – Annahme wissenschaftliches Allgemeingut³.

¹ Z.B. Brockington (1997) vergleicht die Geburt in ihrer emotionalen Bedeutungsschwere mit Krieg, Gefängnis oder einem Überfall, er bezeichnet sie als *rapid biological, social and emotional transition*. Köglberger (2000/1) beschreibt ein menschliches „Spannungsfeld der Gefühle“. Für Schindele (1997) bedeutet Gebären, „sich einem Prozeß auszuliefern, der größer ist als man selbst“, es wird die „unvermeidliche Verbindung von Geburt und schicksalhafterem Geschehen“ betont.

² Vgl. Nicolson (1998 und 1999), Kneuper (2004/5): Nach Kneuper bedeuten Brüche und Inkonsistenzen innerhalb eines großen Datenmaterials keinen inneren Widerspruch des Diskurses an sich, sondern verschiedener Diskurse untereinander – beispielsweise der verschiedenen wissenschaftlichen Forschungsdisziplinen, wobei „Diskurs“ nicht gleich „Forschungsrichtung“ sein muss – untereinander. Kneuper spricht dem biomedizinischen Diskurs eine hegemoniale Stellung in Bezug auf seinen Einfluss auf die Sicht der Forschung verschiedener Disziplinen zu physiologischen Prozessen wie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu. Diesen erklärt sie mit dem hohen gesellschaftlichen Status der „Biomedizinischen Wissenschaften“, welche zugunsten ihres Objektivitätsanspruches ihre eigenen kulturell bedingten und historisch gewachsenen Zusammenhänge (d.h. ihre Entität als Konstrukt) zu verbergen suchten. Wissenschaft sei somit selbst ein Produkt sozialer Interaktion und produziere soziale Bedeutung. Mit der besonderen Konstellation, die die Sozialwissenschaften mit der Biologie und der Medizin eingegangen wären, versuchten auch erstere am Rationalitätsanspruch teilzuhaben.

³ Vgl. Kap. 2.3.1.2.

Größere Studien der vergangenen zehn Jahre stellen u.a. unter Verweis auf diesen Aspekt das eigenständige Konzept der „Wochenbett-Depression“ in Frage⁴. Dabei muss betont werden, dass sich dies schon in weit früheren Veröffentlichungen abgezeichnet hatte⁵ und daher die berechnete Frage gestellt werden muss, wie sich die breite Anerkennung eines eigenständigen Konzeptes speziell der Wochenbett-Depression trotz teilweise uneinheitlicher Definitionskriterien etablieren und gegen alle Erkenntnis bis heute fortführen ließ.

In der Praxis stehen fehlende Begriffsbestimmungen und Definitionen einer Vielzahl von Instrumenten zur Untersuchung der Befindlichkeit im Wochenbett gegenüber - und sich vermutlich auch wechselseitig im Wege. Dies gilt vor allem für das Phänomen des „Baby-Blues“, die etwas einheitlicher behandelte „Postpartum-Depression“ „profitiert“ sozusagen von vorhandenen allgemeinen Diagnosekriterien für Depressionen, an denen sie sich misst und messen lassen muss⁶, wobei neuere Arbeiten zunehmend auf die ungenügende Abbildung der Wochenbettbefindlichkeit sowohl in der ICD-10 als auch im DSM IV hinweisen⁷. Auch die Forderung nach einer deutlicheren Abgrenzung der Wochenbettpsychose von der nicht-psychotischen Wochenbettdepression (Postpartum-Depression) wird aufgrund der aktuellen Datenlage immer öfter erhoben⁸.

Gleichfalls bemerkenswert erscheint es, wie sehr sich die Forschung explizit *dieser* „Fehlfunktion“⁹ von Frauen und Müttern in einer bestimmten biografischen Situation – der der Schwangerschaft und der Zeit kurz nach der Entbindung, spricht des unmittelbaren Vorgangs

⁴ Vgl. Kap. 2.3.1.2. und 2.3.1.3.

⁵ Vgl. u.a. Jarrahi-Zadeh (1969), vgl. Kap. 2.3.1.3.

⁶ In der *International Classification of Diseases* (ICD10) fällt die Wochenbett-Depression in die auch ansonsten angewandten Kategorien der Depression, wenn sie deren allgemeine Kriterien erfüllt: F32.0, F32.1, F32.2 und F32.3 klassifizieren die „leichte“, „mittelschwere“, „schwere“ und „schwere Depression mit psychotischen Anteilen“. F33.0 kommt für „Störungen“ in Frage, die „nicht andernorts klassifizierbar“, also entweder zu leicht oder untypisch ausgeprägt eingestuft werden. Auch der „BB“ kann am ehesten dieser Kategorie zugeordnet werden, falls man ihn als „Störung“ wertet. Elliott (1999) nennt zusätzlich die Kategorie O99.3 (*mental diseases and disorders of nervous systems complicating pregnancy, childbirth or puerperium*) Diese Klassifikation wird in Deutschland vor allem von Klinikern verwendet, in den USA wird klinisch und wissenschaftlich die Klassifikation nach DSM IV bevorzugt: Hier muss die PPD innerhalb 4 Wochen p.p. begonnen haben. Dieser *onset* gilt als problematisch und zu wenig forschungsbasiert, auch kennt er keine Differenzierung zur postnatalen Exazerbation von bereits manifesten Depressionen oder Psychosen. Zusätzlich erfährt in den USA nur die Erforschung klassifizierbarer Krankheiten politische Aufmerksamkeit und hat somit Aussicht auf öffentliche Fördergelder. Derzeit herrscht fachübergreifend der Konsens, dass die bisherigen Definitionen vorläufigen Charakter besitzen, jedoch aus praktischen Gründen die etablierten, einfachen Klassifikationen für den klinischen Alltag bestehen bleiben sollten, bis eine eindeutige Datenlage das Problem der Heterogenität bezüglich der Merkmale der einzelnen Störungen beheben helfen kann. Die Klassifizierungen werden auch auf Männer angewandt (Elliott, 1999).

⁷ Elliott (1999), O'Hara (1999). Nach Weber (2006) wiederum ist das Kapitel F der ICD-10-Klassifizierung geeignet, multifaktorielle Erkrankungen mit Manifestationen auf kognitiver, affektiver und Verhaltensebene abzubilden.

⁸ Brockington (1997) errechnete nur noch sehr geringe Zusammenhänge zwischen Depressivität und dem Zeitabschnitt des Wochenbettes, wenn die psychotische Depression zusammen mit den Psychosen ausgelammert werden würde. Auch Elliott (1999) forderte, die Psychosen ätiologisch und phänomenologisch von den nichtpsychotischen „Störungen“ abzugrenzen.

⁹ Hilsenbeck et al. (1993) umschreibt den „sozial gefühlten Erfolgsmaßstab“ einer psychiatrischen Therapie bei Frauen als wiederhergestellte Fähigkeit, sich um *andere* zu kümmern. Hasseler (1997) führt die außerordentliche Beachtung der psychischen Beeinträchtigungen der Wöchnerinnen auf einen „Exotikfaktor“ zurück, den diese „Störungen“ innerhalb der Psychiatrie einnehmen.

der biologischen und sozialen Reproduktion – angenommen hat¹⁰, wohingegen der gesellschaftliche Umgang mit eben diesem zentralen Geschehen gleichzeitig immer mehr an Bedeutung verlor: Schwangerschaft und Geburt sind mittlerweile medizinisch institutionalisiert und streng auf bestimmte Lokalisationen beschränkt, zu diesen zählen in erster Linie die gynäkologische Arztpraxis und das Krankenhaus. Das Konzept der affektiven „Störungen“ der westlich geprägten wissenschaftlichen Biomedizin kann nicht in allen weltweit bekannten und diesbezüglich untersuchten Gesellschaften, die zum großen Teil aus einer von unserer abweichenden kulturhistorischen Entwicklung hervorgegangen sind, gefunden werden, an dessen Stelle treten dort andere Krankheitsbilder in Erscheinung, die wiederum eigener Konzepte bedürfen.

Derzeit erkrankt beinahe jeder zweite Bundesbürger mindestens einmal in seinem Leben an einer psychischen Gesundheitsstörung, ungefähr ein Drittel davon benötigt professionelle Hilfe¹¹. Die WHO geht davon aus, dass Depressionen in naher Zukunft weltweit auf Platz zwei der Behinderungen verursachenden Erkrankungen stehen werden: Maßgeblichen Einfluss an dieser Entwicklung wird dabei „gesellschaftlichen Stressoren“ zugeschrieben¹². Diese epidemiologischen Aspekte stecken das Spannungsfeld, innerhalb dessen die postpartalen Dysphorien und Depressionen stehen, mit ab.

Innerhalb unseres eigenen sozialen und gesellschaftlichen Hintergrundes hat sich im Zuge des medizinischen Fortschrittes, zu dem unbestreitbar auch die Etablierung und Perfektionierung der operativen therapeutischen Möglichkeiten - zum Beispiel der „Sectio Caesarea“ - zählen, der Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in den vergangenen Jahrzehnten „revolutioniert“: Diese Begriff erscheint den fundamentalen Veränderungen der Prämissen in der Geburtshilfe im Laufe der letzten Jahrzehnte am ehesten angemessen. In ihrer Bedeutung, die ihnen durch die moderne Gesellschaft beigemessen wird, haben sie ältere Strukturen und Regelungen abgelöst, die diesen in allen Gesellschaften ebenfalls seit jeher als zentral begriffenen „Übergang“ im Leben einer Frau und ihres unmittelbaren Umfeldes begleitet hatten und ihm feste Formen und Orientierung verleihen halfen¹³.

¹⁰ Lange (1994) und Nicolson (1998) beschreiben ausführlich die Emotionalität und die Vielzahl von Studien bezüglich der Wochenbettbefindlichkeit.

¹¹ Nach Weber (2006) beträgt die aktuelle Lebenszeit-Prävalenz der 18-65jährigen Deutschen 41%. Davon entfallen 14,5% auf Angststörungen, 11,9% auf affektive Störungen (davon wiederum sind 71% Frauen, nach Biermann, 1993), 11% auf somatoforme Störungen und 8,1% auf Schmerzstörungen. 1997 bis 2004 nahmen beispielsweise bei DAK-Versicherten Arbeitnehmern die Depressions-bedingten AU-Tage um 70% zu. 31% der Frühberentungen der GRV sind derzeit psychisch bedingt, bei Lehramtsstätigen sogar 65%.

¹² Weber (2006) nennt als Beispiele das „Primat der Ökonomie“, „Diskontinuität im Erwerbsleben“, „abnehmende soziale Beziehungsstabilität“ u.ä.

¹³ Vgl. dazu Köglberger (2000/2001), Nicolson (1998 und 1999); nach Kneuper (2004/5) stellt die Geburt nicht nur „von Ritualen begleitete Biologie“, sondern selbst ein Ritual dar und besäße ohne Kultur in etwa die Bedeutung weniger wahrgenommener Körperfunktionen. Diesen für Gesellschaften überlebenskritischen, weil selbige reproduzierenden „Übergang“ hält sie für einen sehr guten „Aufhänger“, um Verhaltensmuster (*consensual shaping and social patterning*) zu untersuchen und darzustellen, weil hier die systematische soziale Regulation besonders greife und die Rigidität dieser Prozeduren in den verschiedensten Kulturen sehr stark ausgeprägt sei. „Biologie“ begreift sie als kulturbedingte Sicht einer gesellschaftlich bedingten „Wissenschaft“, die „Physiologie“ ersetzt bei ihr den ebenfalls kulturell konstruierten Begriff des

In der vorliegenden Arbeit wurde zum ersten Mal die spezielle Situation von ausschließlich Kaiserschnitt-entbundenen Frauen in Bezug auf die psychischen „Störungen“ im Wochenbett untersucht und dargestellt. Wir¹⁴ versuchten, dieser komplexen Thematik mittels ausführlicher Datenerhebung¹⁵ und gleichzeitig möglichst hoher Fallzahlen gerecht zu werden. Vor der Vorstellung der Ergebnisse soll anhand bisheriger Veröffentlichungen zunächst recht umfassend die allgemeine aktuelle, interessanterweise divergierende und teils widersprüchliche Datenlage skizziert werden, zusätzlich wird das historisch gewachsene Konzept der „Wochenbettstörungen“ mit der Vielfalt der vorhandenen wissenschaftlichen Diskurse vorgestellt. Der sehr ausführlich anmutende literaturtheoretische Teil soll es im Gegensatz zu früheren Arbeiten möglich machen, die soziokulturellen und historischen Rahmenbedingungen der „psychischen Störungen“ der Wöchnerinnen darzustellen. Gerade für operativ entbundene Frauen stehen diese in fragilen Wechselbeziehungen zu deren „medizinischen“ Problemen.

Auf die speziell zu den Themen *Medikalisierung der Geburt*, *Kaiserschnitt* bzw. „operativer Eingriff“ und *Wochenbett-Befindlichkeit* vorliegenden Arbeiten wird gesondert eingegangen, ebenfalls in eigenen Abschnitten erfolgt die weitere hypothesenbezogene Vorstellung der Literatur.

„Natürlichen“. Die Medizinische Anthropologie ordnet sie in den klassischen Wissenschaften zwischen der Ethnologie und der Biologie ein.

¹⁴ Der Ausdruck „wir“ bezieht sich ohne anders lautende Hinweise stets auf die Arbeitsgruppe der Münchener Postpartum-Studie, welche im Verlauf noch vorgestellt werden wird.

¹⁵ Die in der scheinbar objektiven statistischen Datenerhebung marginalisierte Dimension des Erlebens muss gerade in der Erforschung der „Befindlichkeitsstörungen“ wieder verstärkt Beachtung finden. Die Sicht der Wöchnerinnen selbst existiert in der wissenschaftlichen Forschung bestenfalls in der Form anekdotischer „Illustrationen“ statistischen Datenmaterials. Zu Recht wird dies in neueren Arbeiten zusehends kritisiert und als Manko empfunden. Zugleich muss angemerkt werden, dass es sowohl den in anderen Studien, als auch in unserer eigenen Studie befragten Frauen schon fast ein missionarisches Bedürfnis zu sein schien, ihre Sicht der Dinge zu Gehör zu bringen, sich für die Wissenschaft „sichtbar“ zu machen (vgl. Kneuper (2004/5)).

2. Literatur und Voraussetzungen

2.1. Entbindung durch Kaiserschnitt

Auch als „Sectio caesarea“ bezeichnet, wurde diese Technik der abdominal-operativen Entbindung vor allem in den vergangenen hundert Jahren entwickelt. Eher mythologische Schilderungen reichen bis in die Antike zurück, der griechische Gott der Heilkunde Äskulap selbst erblickte der Sage nach durch die geöffnete Bauchdecke seiner Mutter hindurch das Licht der Welt. Weil auch Julius Caesar so geboren worden sein soll, schreibt man diesem eher unrealistischen Umstand¹⁶ gerne die Entstehung des Begriffs zu, wahrscheinlicher aber geht er auf die lateinischen Worte „secare“ und „caedere“ zurück, die beide schlicht „schneiden“ bedeuten. Daneben existiert noch die These; dass der Eingriff nach der römischen „lex regia“ aus dem Jahr 715 nach Christus benannt worden sei: Hier war gesetzlich geregelt worden, dass schwangere Frauen nicht begraben werden durften, bevor die Leibesfrucht herausgeschnitten worden war. Diese Handlung war damals mit dem Begriff „sectio caesarea“ bezeichnet worden.

Bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts war die abdominale Schnittentbindung in Bezug auf die Überlebenschancen der betroffenen Mütter ein desaströses Unternehmen und kam entsprechend selten zur Anwendung. Noch um 1920 lag die anteilige Rate trotz erster Narkoseversuche mit Lachgas und Chloroform bei 0,5 bis 2,5% aller Geburten Nordamerikas bzw. Europas, die Infektionen bedeuteten gefürchtete und nur selten beherrschbare Komplikationen. Erst gegen Ende des zweiten Weltkrieges erreichte die Entbindung mittels „Sectio“ bis zu 7,4% Anteil an den Geburten. Die Sterblichkeit der Mütter lag bei ca. 7%, die der Kinder gar bei bis zu 16,5%¹⁷.

Die breite Einführung der ersten Antibiotika und die zunehmende Einsicht in die Notwendigkeit aseptischer Operationstechniken und deren Einführung ließen den Anteil an Kaiserschnitt-Entbindungen in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts auf 10% und darüber steigen, die Indikationsstellung begann sich über die absoluten Notfallsituationen hinaus auszuweiten¹⁸.

Der medizinisch-technische Fortschritt führte auch in den letzten Jahren unter anderem in Bezug auf die stetige Weiterentwicklung von Anästhesieverfahren, Infektions- und Thromboembolieprophylaxe und der allgemeinen prä- und postoperativen Versorgung zu einer weiteren Reduktion vor allem der mütterlichen Sectio-Morbidität und –Mortalität, so dass die Indikationsstellung immer grosszügiger auf so genannte „relative Sectio-Indikationen“ ausge-

¹⁶ Seine Mutter soll der Geschichtsschreibung zufolge ein hohes Alter erreicht haben (nach de Jong, 1996/2003)

¹⁷ Lehmann (2006)

¹⁸ Schaal (1986) nach de Jong (1996/2003); nach Bornemann (1989) würden oft mehrere Indikationen zugleich gestellt.

dehnt wurde. Der überwiegende Anteil der heutigen Indikationen zielt nicht auf die Sicherstellung des mütterlichen, sondern des kindlichen „Unversehrtseins“¹⁹. Neben den „absoluten Indikationen“ wie z.B. Vorliegen einer *Placenta praevia totalis*, *vorzeitiger Placentalösung*²⁰, *schweren mütterlichen Vorerkrankungen* wie akut exazerbierendes HELLP-Syndrom, *absolutem Missverhältnis der Geburtswege zum kindlichen Kopf*, *Querlage des Kindes* und *schweren kindlichen Missbildungen* sowie *kindlicher Asphyxie*, *vorzeitigem Blasensprung mit mangelnder Eröffnung des Muttermundes* und *Infektion oder Fieber*, *drohender Uterusruptur* und *Nabelschnurvorfal*²¹ traten Indikationen wie *Beckenendlage*²², *Placentainsuffizienz mit drohender fetaler Hypoxie*, „*fetal distress*“²³, *Geburtsstillstand/Dystokie*²⁴, *mütterliche Erschöpfung*, *relatives Missverhältnis*²⁵, *Zustand nach Sectio*²⁶ oder *Uterotomie*, *ältere Primipara*, *Frühgeburt*²⁷, *Mehrlingsgeburt*²⁸ und schließlich auch der *Wunsch der Mutter* in der Vordergrund.

Weltweit unterliegen die Sectio-Raten aufgrund unterschiedlichster gesellschaftlicher und medizinisch-geburtshilflicher Voraussetzungen einer beachtlichen Streuung²⁹. Derzeit³⁰ liegt der Anteil von Kaiserschnittgeburten in Bayern zwischen 12 und 26%, von Klinik zu Klinik

¹⁹ U.a. Lehmann (2006), Francome (1993)

²⁰ Prävalenz 0,2% (Francome, 1993)

²¹ Prävalenz 0,3% (Francome, 1993)

²² Ca. 3% Prävalenz (Francome, 1993). Die BEL an sich ist mit einer erhöhten Rate an Fehlbildungen und Frühgeburtlichkeit assoziiert. Auf die Mortalität reifer Beckenendlagen hat die Entbindungsart keinen Einfluss (Shearer, 1993, Sakala, 1993). Bei Pollard (1996) betrugen alle Lage- und kindlichen Einstellungsfehler zusammen 19,6%.

²³ Ca. 1% Prävalenz nach Blutgasanalyse des Nabelschnurlutes - das CTG gilt für Studien u.a. als zu wenig reliabel - (Francome, 1993), aber ca. 16% aller gestellten Indikationen (Shearer, 1993)

²⁴ Ca. 30% aller gestellten Indikationen bei Shearer (1993), bei Pollard (1996) mit 24,6% (hier nur auf die Eröffnungsphase bezogen, unter Einbeziehung der Austreibungsschwierigkeiten steigt die von ihm berechnete Rate noch einmal erheblich) ebenfalls die häufigste Indikation. Dystokie und *fetal distress* machen je nach Haus zwischen 20 und 80% der Indikationen aus. Die ärztliche Unsicherheit in der Indikationsstellung stellt sich wie folgt dar: Von 5 Ärzten wurden nur in 28% der vorgestellten Fälle übereinstimmende Indikationen gestellt, wurden diesen nach 3 Monaten die gleichen Fälle erneut vorgelegt, stimmten sie in nur 25% mit ihren früheren Indikationsstellungen überein (Sakala, 1993).

²⁵ Ca. 3-15% aller gestellten Indikationen. Bis zu 78% aller Frauen, die bei ihrer ersten Entbindung aufgrund dieser Diagnose einen Kaiserschnitt erhielten, entbanden ihr zweites Kind - unabhängig vom Geburtsgewicht - spontan (Shearer, 1993).

²⁶ Ca. 35% aller gestellten Indikationen (Shearer, 1993)

²⁷ Insgesamt kommen ca. 6% aller Kinder vor der vollendeten 36.sten SSW zur Welt, davon ca. 7% mit einem Geburtsgewicht unter 1500g. 53% der perinatalen Sterbefälle entfallen auf Kinder unter 2500g (Francome, 1993). Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht profitieren „nicht unbedingt“ von der Geburt durch Kaiserschnitt (Myers, 1993; Shearer, 1993). Vgl. dazu auch Hypothesengruppe V (Kap. 2.4.5.). Laut Shearer (1993) verbesserte in einer Untersuchung von Rosen und Chik mit 17000 Geburten die Durchführung der Kaiserschnitte das kindliche Outcome *nicht*. Neurologische Schäden waren vor allem mit dem Schwangerschaftsalter zum Entbindungszeitpunkt und dem Geburtsgewicht assoziiert. Die USA liegt mit ihrer Sectio-Rate weltweit mit an der Spitze, in Sachen perinatale Sterblichkeit aber lediglich auf Platz 25. Auch Brasilien und Puerto Rico weisen neben extrem hohen Sectio-Raten vergleichsweise hohe perinatale Mortalitäten auf.

²⁸ Auch die steigende Anzahl gerade von Zwillingsgeburten aufgrund der Erfolge der Reproduktionsmedizin rechtfertigt keine vermehrte Durchführung von Schnittentbindungen (Francome, 1993)

²⁹ Turner (1990) nach de Jong (1996/2003), Sakala (1993).

³⁰ D.i. 1994, nach de Jong (1996/2003)

sind diese Zahlen jedoch ebenfalls sehr hohen Schwankungen unterworfen³¹. In Münchener Universitätskliniken liegt der Anteil der Sectiones an der Gesamtgeburtenszahl eher an der oberen Grenze³² mit weiterhin steigender Tendenz. Lehrkrankenhäuser führen ebenfalls überdurchschnittlich viele Kaiserschnitte durch. Unter anderem in US-amerikanischen Studien wurden die verschiedenen *nicht*-medizinischen Gründe untersucht, eine Sectio durchzuführen: Einfluss hatten unter anderem auch der Versichertenstatus der Frauen³³, die Trägerschaft des Krankenhauses³⁴, die Person des zuständigen Arztes³⁵ sowie weitere nichtklinische Faktoren. Von den Krankenkassen dort gehen bereits Bestrebungen aus, diesem Trend entgegenzuwirken und die Sectio-Raten allgemein zu senken³⁶. Studien aus den USA belegen, dass eine Reduktion durch eine intensivere Betreuung der Entbindenden um ca. 1/3 ohne Nachteile für die mütterliche und kindliche Gesundheit möglich ist³⁷. Die mit am häufigsten gestellten Sectio-Indikationen „Schwieriger Geburtsverlauf“ und „fetal Stress“ konnten auf diese Weise um ca. 50% reduziert werden³⁸. Nicht nur De Jong stellte in ihrer Arbeit zur Diskussion, dass geburtshilflich eher unerfahrene Ärzte schon allein aus forensischen Gründen oder mangels Vertrautheit mit der Geburtsphysiologie schneller zur Durchführung einer Sectio Caesarea neigten³⁹.

³¹ Schücking (2004): Das Risiko einer Frau, per Kaiserschnitt entbunden zu werden wird z.B. weder von deren Alter noch der SSW beeinflusst. Nach Bornemann (1989) waren 1985 knapp über die Hälfte der Kaiserschnitte geplant.

³² Deutsche Universitätskliniken führten 2001 zu insg. 27.1% Sectiones durch (nach de Jong 1996/2003), die Ausbildungssituation der Ärzte nach Katalog trägt u.a. laut Bornemann (1989) zur Steigerung der Rate bei. Ebenso ist die hohe Attraktivität der medizinischen Maximalversorgung auf Frauen mit erhöhtem Sicherheitsbedürfnis unumstritten (vgl. u.a. Neuhaus, 1994)

³³ Privatpatientinnen - und ebenso Akademikerinnen - haben weltweit eine höhere Sectio-Rate (nach de Jong, 1996/2003, Schücking, 2004, Francome, 1993, Bornemann, 1989). Auch in einer vergleichenden Untersuchung von Uniklinik und anderen, teils privaten Hospitälern in Wien konnte dieser Unterschied gefunden werden. Laut Sakala (1993) korrelieren die Sectio-Raten der einzelnen Kliniken *nicht* mit deren Risikoprofil.

³⁴ „for-profit“-Häuser führten bis zu sechs Mal mehr Sectiones durch als „non-profit“-Häuser: In den USA verdient das Krankenhaus an einem Kaiserschnitt bis zu 3000 Dollar mehr als an einer Spontangeburt (nach de Jong, 1996/2003). Auch in Argentinien liegen öffentliche Häuser bei einer Rate von 10-12%, private dagegen bei ca. 50%. In Schweden werden 100% der Kinder in BEL per Sectio geboren, im benachbarten Norwegen hingegen nur ungefähr 50% (Sakala, 1993).

³⁵ ANON (1991), Goyert et al. (1989), Berkowitz et al. (1989), Shearer (1993) und Stafford (1991): Je nach Arzt schwankt das individuelle „Risiko“ einer Entbindenden, einen Kaiserschnitt zu erhalten, zwischen 19 und 42%. Francome (1993) bezeichnet die Anwesenheit eines Gynäkologen bei der Geburt an sich bereits als Risikofaktor dafür.

³⁶ Die hohen Sectio-Raten sind dort bereits „Gegenstand öffentlicher Besorgnis“ (Francome, 1993). Myers (1993) schreibt: „There is a growing consensus that current rates are excessive“ - er präzisiert: gemeint sind Raten von über 15%. Sakala (1993) untersuchte die gestellten Indikationen und errechnete daraus eine abstrakte „erforderliche“ Sectio-Rate von nur 7%.

³⁷ ANON (1989). Auch laut WHO liegt die Sectio-Rate gerade in Ländern mit vergleichsweise niedriger perinatalen Sterblichkeit ebenfalls niedrig (Francome, 1993; Shearer, 1993). Nach Shearer (1993) und Sakala (1993) haben gerade diejenigen (relativen) Indikationen (Resectio, BEL, Dystokie, *fetal distress*), die hauptverantwortlich für die Zunahme der Schnittentbindung und die am meisten gestellten Indikationen überhaupt sind, den fraglichsten *benefit*.

³⁸ In den USA, aber auch in anderen Industrienationen verdreifachten die 3 häufigsten Indikationen zur Durchführung einer Sectio „Beckenendlage“, „Resectio“ und „Dystokie“ die Sectorate.

³⁹ Vgl. u.a. LoCicero (1993), Berkowitz (1989), Francome (1993): Ärzte seien auf „episodische, fragmentarische Perioden der Geburt spezialisiert“, demzufolge sei ihre Interpretation der jeweiligen Situation und auch

Von den Experten der WHO wird derzeit ein weltweiter „Richtwert“ von ca. 11% Sectio-Anteil am Gesamtgeburtenkollektiv gefordert - möglicherweise moderat abweichend, je nach lokaler Situation⁴⁰. Dass dies in Europa zu realisieren wäre, zeigen die Niederlande mit einem – allerdings ebenfalls ansteigenden - Anteil von ca. 12% Schnittentbindungen⁴¹ und Tschechien mit einer Rate von unter 10%, vergleichbar der mit dem durchaus technologiebewußten Japan, wo diese ebenfalls unter 10% liegt.

Die mütterliche Mortalität im Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt beträgt derzeit ca. 1 auf 2000 Frauen (0,5 Promille) bezogen auf alle Kaiserschnitte gegenüber einer auf alle Geburten bezogenen Müttersterblichkeit von einer auf 6667 Mütter (0,15 Promille)⁴². Dieses mehr als *dreifach* erhöhte Sterblichkeitsrisiko wird allgemein mit dem höheren Anteil an „Risikoentbindungen“ in einem reinen Sectio-Kollektiv begründet⁴³. Jedoch liegt auch bei einer geplanten Resectio ohne zusätzliche Risikofaktoren die Müttersterblichkeit noch doppelt so hoch wie bei vaginalen Geburten, dennoch werden ca. 50% der Mütter mit „Zustand nach Sectio“ erneut einer solchen unterzogen⁴⁴. Das Risiko, an einer Uterusruptur bei einer nachfolgenden vaginalen Entbindung zu versterben, liegt im Vergleich niedriger⁴⁵.

Insgesamt birgt die Entbindung per Sectio Caesarea auch heutzutage mehr Risiken als die vaginale Entbindung, davon wiederum die geplante Sectio weniger als die ungeplante bzw. Not-Sectio⁴⁶. Insgesamt gleicht das Risiko für das Auftreten von Komplikationen denen der „großen Bauchchirurgie“⁴⁷.

Auch insgesamt scheint wenig Evidenz zu bestehen, dass die zusehends vermehrte Durchführung von Schnittentbindungen die Gesamtmortalität bei Geburten gesenkt hat⁴⁸.

ihr Verhalten besonders „krisenorientiert“. Shearer (1993) fand in einer Untersuchung bei bis zu 30% der Fälle keine nachvollziehbare Sectio-Indikation.

⁴⁰ de Jong (1996/2003), vgl. obige Anmerkungen. Interessanterweise konnte auch in den WHO-Studien keine direkte Verbindung zwischen Sectio-Rate und Kindersterblichkeit nachgewiesen werden, was die allgemeine Annahme, mehr Sectiones würden zu mehr lebenden Kindern (auf das unmittelbare Ereignis der Geburt bezogen) führen, ebenfalls nicht unterstützt.

⁴¹ Die Zahlen liegen für das Jahr 2000 vor. Die niedrige Kaiserschnitttrate geht dort mit einer etabliert hohen Rate (ca. 30%) an Hausgeburten einher, was zusammen mit den Forderungen der WHO die Vermutung nahe legt, dass auch in Deutschland zu viele Kaiserschnitte durchgeführt werden (u.a. de Jong, 1996/2003)

⁴² Bis zu 40% der Todesfälle sind eine direkte OP-Folge, v.a. die Diagnosen Lungenembolie, Kreislaufkomplikationen und Anästhesiez Zwischenfälle betreffend (Francome, 1993) Vgl. auch Shearer (1993).

⁴³ Z.B: Knörr (1989)

⁴⁴ de Jong (1996/2003). Nach Shearer (1993) war die Resectio in den 70er Jahren die einzige Geburtsart, für die die Sterblichkeit nicht rückläufig war.

⁴⁵ Z.B. Landon (2004)

⁴⁶ Francome (1993)

⁴⁷ Shearer (1993): Infektionen 8-27%, milder paralytischer Ileus 10-20%, Transfusionszwischenfälle 1-6%, schwerer paralytischer Ileus 1%, tiefe Beinvenenthrombose 1%, uterine Gefäßverletzung 0,5%, Blasen/Ureter/Rectumverletzungen 0,4%, Uterusruptur bei folgenden Geburten 0,2% (bei ITN 5%), Lungenembolie 0,1-0,2%. Ferner liegen im Promille-Bereich: Aspirationspneumonien, Fisteln, Herzstillstand. Verzögerte Wundheilung, Verwachsungen, Schmerzsyndrome und prolongierte Rekonvaleszenz sind nur ungenügend mit Zahlen belegt.

⁴⁸ Die tatsächlichen Erfolge auf diesem Gebiet werden u.a. der verbesserten Familienplanung, der steigenden Anzahl von Abtreibungen, der von immer mehr Frauen wahrgenommenen Schwangerschaftsvorsorge, des allgemein steigenden Lebens- und Hygienestandards und nicht zuletzt den Fortschritten in der neonatalen In-

Die Kaiserschnitt-bezogene, mütterliche Morbidität weist hierzulande eine Streuung von bis zu 38,8% auf⁴⁹. Sie bezieht sich – je nach angewandter Operationstechnik – unter anderem auf Infektionen, Blutungen, Wundheilungsstörungen, Schmerzen, Narkosenebenwirkungen, ein erhöhtes Risiko für Totgeburten nach der 39.sten Schwangerschaftswoche⁵⁰, für eine Placentainsuffizienz oder dem Vorliegen einer Placenta praevia bzw accreta⁵¹ und sekundäre Sterilität⁵². Die Auswirkungen auf den weiteren Kinderwunsch von Sectio-entbundenen Müttern finden erst in jüngster Zeit unter dem Druck des demografischen Wandels ein breitere Beachtung⁵³.

Ergänzend sei angemerkt, dass sich in einer diesbezüglichen Untersuchung etwa 10% der Frauen vom kosmetischen Ergebnis stark beeinträchtigt fühlten⁵⁴.

Um den weiten Bogen zwischen Bedingungen und Folgen einer Kaiserschnitt-Geburt in Bezug auf das seelische Wohlbefinden der betroffenen Frauen spannen zu können, erscheint neben der bereits skizzierten Historie der Schnittentbindung auch die historische Herleitung der untersuchten „Störungsbilder“ wichtig.

2.2. Historische Entwicklung und Beschreibung der affektiven „Störungsbilder“ von Wöchnerinnen

Auf die Geschichte der postpartalen Befindlichkeitsstörungen“ soll im Folgenden nur stichpunktartig eingegangen werden, da bereits umfangreiche Literatur dazu existiert⁵⁵. Die zeitgenössische Original-Literatur muss im historisch bedingten gesellschaftlichen und sozialen Kontext betrachtet werden, was hier in der gebotenen Kürze nur ansatzweise möglich ist.

tensivpflege zugeschrieben, da sie (die Erfolge) schon weit vor der breiteren Anwendung der Sectio in Erscheinung traten (u.a. Shearer, 1993). Vgl. auch obige Anmerkungen.

⁴⁹ Zahlen der Bayerischen Landesärztekammer und der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Kommission für Perinatalogie und Neonatologie) von 1994. Bornemann (1989) spricht von ca. 30% bei primären und 40% bei sekundären Sektionen: Vaginale Entbindungen wiesen eine insgesamt ca. 10gach geringere Gesundheitsbelastung auf.

⁵⁰ Smith (2003)

⁵¹ Pro Sectio ca. 0,26%, dieses Risiko scheint sich mit jeder weiteren Sectio zu vervielfachen (nach 4 Sektionen ca. 10%);(Shearer, 1993; Smith, 2003)

⁵² Frauen, die mittels Sectio Caesarea entbunden hatten, haben im Mittel kleinere Familien (Shearer, 1993), nach Mutryn (1993) folgen auf Sectio-Entbindungen hin durchschnittlich 11% weniger erneute Schwangerschaften sowie bei erneuten Schwangerschaften vermehrte Komplikationen, schwerere Entbindungen und weniger gesunde Kinder. Vgl. auch Fußnote 38.

⁵³ U.a. Mutryn (1993)

⁵⁴ Bornemann (1989)

⁵⁵ U.a.: Davison et al. 2002, Durand 1999, Marland 1999 und 2004, Tew 1998, Toellner 1992

Seit medizinisches Schrifttum überliefert ist, gibt es Beschreibungen über die Befindlichkeit von Wöchnerinnen. So ist bereits im „Corpus Hippocraticum“⁵⁶ vom „Aufsteigen der Lochien und der Milch in das Gehirn“ als spekulative Ursache psychischer „Störungen“ frisch entbundener Mütter die Rede.

Im deutschsprachigen⁵⁷ und auch im europäischen Raum stieß das Thema offenbar ab dem beginnenden 18. Jahrhundert auf das zunehmende Interesse der damaligen gelehrten Welt. Es wurden Ausdrücke wie „melancholia“ und „mania puerperarum“, bisweilen sogar „furor“, später „psychosis (in puerperio)“ verwendet. Deutschsprachige Traktate und Veröffentlichungen sprachen von „Kindsbetterinnenmelancholie“, „Wahnsinn und Raserei bey Kindbetterinnen“ sowie „Geistesstörungen“. Die offensichtliche Präferenz der zu dieser Zeit von humoralpathologischen Vorstellungen geprägten Forschung für die eher psychotischen Formen der „Befindlichkeitsstörungen des Wochenbettes“ beruhte auf mehreren Gründen:

Zum einen war der Mensch als individuell handelndes, also reflektierendes und agierendes Wesen erst mit dem Siegeszug des aufgeklärten Gedankengutes „definiert“ worden – diese mentalen und emotionalen Privilegien wurden damals auch auf wissenschaftlicher Ebene ausschließlich dem männlichen Geschlecht zugestanden – und zum anderen erkannte man – ebenfalls aufgrund der Erkenntnis vom handelnden Individuum – dass ausgerechnet die Mütter und deren geistige und seelische Gesundheit einen lange Zeit nicht wahrgenommenen und daher unterschätzten Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit ihrer Kinder zu haben schienen.

Es sei hier am Rande erwähnt, dass dieser letzte Aspekt auch heutzutage im Mittelpunkt sowohl wissenschaftlicher Forschungen⁵⁸ als auch Veröffentlichungen der Populärliteratur steht. Zudem wird er unhinterfragt in einer ganzen Reihe von Artikeln und Arbeiten als „Aufhänger“ zum Thema Wochenbett und „Mütterpsyche“ verwendet⁵⁹.

Im 19. Jahrhundert ging mit dem Interesse speziell für weibliche „Geistesgestörtheit“ die Auffassung einher, dass Frauen mit einem „an sich schon schwachen Denkkorgan“⁶⁰ ausgestattet seien und den „Blut- und Säfteverlust“ der Geburt daher nicht ohne weiteres verkraften könnten. Zusätzlich wurden Faktoren wie „erbliche Belastung“ und „angeborene oder erworbene Schwäche“ postuliert. Da schwerere Störungen – falls sie überhaupt fachkundiger Hilfe zugeführt wurden – mittlerweile in erster Linie von Psychiatern behandelt wurden, datieren die

⁵⁶ Hippokrates, 460 bis 377 v. Ch. (zit. nach Durand 1999 und Zilboorg 1929), hielt das Gehirn für eine schwammartige Drüse, die dazu diene, Körperflüssigkeiten aufzusaugen (Toellner 1992), vgl. Delius (2004)

⁵⁷ U.a.: Schultzius in Frankfurt (1705), de Berger (1744) und Osiander (1797) in Göttingen, Rau in Nürnberg (1752), Iani (1790) und Dorfmueller (1804) in Jena, Reinfelder in Würzburg (1817), Steinberg in Breslau (1837), Ploss in Leipzig (1846), Wother in Greifswald (1853) und Rippig in Stuttgart (1877), vgl. Delius (2004)

⁵⁸ Nicht zuletzt gilt die PPD nach Mitchell (1992) als Risikofaktor für das *sudden infant death syndrome* (SIDS)

⁵⁹ U.a. O'Hara (1987), Miller (1993), Lange (1994), Steiner (1995), Brockington (1997), Riecher-Rössler (1997) u.v.m.

⁶⁰ Ploss (1884), in Bartels (1902) nach Delius (2004)

ersten systematischeren Untersuchungen⁶¹ Mitte des 19. Jahrhunderts, als sich das Fachgebiet der Psychiatrie gegenüber den „klassischen“ medizinischen Disziplinen wie der Inneren Medizin oder der Chirurgie als eigenständiges, universitäres Fachgebiet etablieren konnte. Vorher hatten sich fast ausschließlich Geburtshelfer und -helferinnen mit diesen Phänomenen konfrontiert gesehen und diese gegebenenfalls selbst behandelt.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die Geburt als riskantes und „abnormes“ Ereignis „neu“ definiert⁶². Auch der Begriff der „Hysterie“⁶³ erfuhr als typische Frauenkrankheit eine Renaissance. Möglicherweise überstrapazierte die eindrucksvolle Symptomatik gerade der psychotischen Komponenten die Normen und Moralvorstellungen speziell in Bezug auf das Rollenbild von Frauen und Müttern in der damaligen Gesellschaft. Dies fällt mit einer vermehrten Einweisung von Frauen in so genannte *Asyle*⁶⁴ zusammen. Nach Marland sollen bis zu 10% der Einweisungsdiagnosen auf die *puerperal insanities* entfallen sein, ein Schicksal, das in Liverpool 1889 beispielsweise eine von 700 Frauen betraf⁶⁵.

Aber auch in der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg wurden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bei ca. 8% der Patientinnen Puerperalpsychosen diagnostiziert; noch höhere Zahlen fanden sich in der Berliner Charité 16,8%, im schlesischen Leubus 17,3% und in Siegburg mit gar 21,6%⁶⁶. Aus dieser Zeit existieren weitere ausführliche Untersuchungen, die in verschiedenste Ansätze über Typologie, Nosologie und Prognose der vielfältigen „Störungsbilder“ mündeten⁶⁷.

Zusehends wurden Versuche unternommen, die vielfältigen Erscheinungsformen dieser psychischen Auffälligkeiten bei Wöchnerinnen und jungen Müttern zu systematisieren und zu klassifizieren: 1847 untersuchte Mac Donald 68 Fälle in einem New Yorker Krankenhaus und trennt schon damals den sog. *early onset*, gekennzeichnet durch Symptome wie Ruhelosigkeit, Irritierbarkeit, Schlaflosigkeit und Verwirrung bis hin zu extremer Agitiertheit, Auftreten von Halluzinationen unterschiedlichster Art, manische Ausbrüche oder Gewaltausbrüchen seitens der Frauen vom sogenannten *later onset*: Dieser entwickelte sich nach seinen Be-

⁶¹ U.a.: Mac Donald (1847), in Marland (1999 und 2004): Marland beschreibt und interpretiert das zunehmend große Interesse, das der Wöchnerinnenpsyche in den 1820 bis 1830er Jahren entgegengebracht worden war: „It could be argued that the puerperal insanity was ‘classified into existence’ during this period, to become one of the most clearly recognised entities of nineteenth-century psychiatry, one of the few disorders which doctors could point to and label with some degree of confidence, with its roots firmly embedded in the childbearing experience.”

⁶² Vgl. Tew (1998) und Marland 1999

⁶³ Schon in antiken Quellen wird dieser Begriff verwendet, hergeleitet vom griechischen *hystera* (die Gebärmutter). Der damaligen wissenschaftlichen Vorstellung zufolge entstand dieser Zustand speziell bei Frauen, indem die Gebärmutter ihren anatomischen Platz verließ, im Leib der Frau „umherwanderte“ und diese vor allem seelisch, aber auch körperlich aus dem gesunden „inneren“ Gleichgewicht brachte.

⁶⁴ Diese Asyle hatten sich seit dem 16. Jahrhundert aus den ehemaligen Lepra-Hospitälern entwickelt und nahmen nun zusehends mehr psychisch Kranke und Wohnsitzlose auf, denen – gleich früher den mit der damals meist tödlichen Seuche infizierten – kein Platz in der übrigen Gesellschaft gewährt wurde. Die „Therapie“ bestand vornehmlich in dem Versuch, die Patienten zu Arbeiten aller Art anzuhalten. Anstalten, in denen nur psychisch Kranke aufgenommen und etwas diversifizierte Therapieversuche vornahmen, waren zu dieser Zeit erst im Entstehen begriffen (Davison, Neale und Hautzinger 2002)

⁶⁵ Die Prävalenzrate gleicht damit der der heutigen „Wochenbett-Psychose

⁶⁶ Nach Lanczik (1994)

⁶⁷ Z.B. Savage 1875

schreibungen weniger akut, war aber progredient und typischerweise durch starke depressive Komponenten geprägt. Diese Krankheitsentitäten zeichneten sich dadurch aus, dass sie einerseits recht einfach klassifiziert werden konnten und andererseits eine überwiegend gute Prognose hatten, zumindest was die psychotischen Anteile des Erscheinungsbildes betraf. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die rein depressiven Komponenten damals keinen Therapiebedarf vermittelten, zumal sie mit weiblichem Rollenverhalten weitgehend kompatibel waren.

Im Übrigen finden sich sowohl in damaligen zeitgenössischen Lehrbüchern der Frauenheilkunde als auch in denen des beginnenden 20. Jahrhunderts ausführliche Kapitel zur *puerperal insanity*⁶⁸.

Die wichtigsten systematischen Arbeiten dieser Zeit zu den psychischen „Störungen“ im Wochenbett entstanden jedoch in Frankreich. Esquirol und Marcé etablierten in ihren Untersuchungen die Grundlagen zur heutigen Klassifikation. 1838 verfasste Esquirol⁶⁹ sein Werk *„Des maladies mentales considérées sous les rapports médicaux, hygiéniques et médico-legals“*, in dem die erste systematische Beschreibung der affektiven Störungen im Wochenbett zu finden ist. Er unterteilte die beobachteten Pathologien - analog der bis heute gültigen zeitlichen Definitionen - in drei Gruppen:

1. *Wöchnerinnen, bei denen erste Symptome schon während der Schwangerschaft auftraten*
2. *In dieser Gruppe begann die Symptomatik erst nach der Geburt, aber schon im frühen Wochenbett*
3. *Fälle, die erst mehrere Wochen oder länger nach der Geburt symptomatisch wurden*

In der ersten Gruppe waren fast ausschließlich Patientinnen, die auch schon vor der Schwangerschaft psychiatrisch auffällig gewesen waren, diese Erkrankungen bewertete er als ätiologisch unabhängig von Schwangerschaft und Geburt. Insgesamt misst er dem „häuslichen Kummer“ einen entscheidenden Einfluss auf weibliche „Geisteskrankheit“⁷⁰ zu.

⁶⁸ Z.B. Gooch 1929

⁶⁹ Esquirol (1772-1840) hatte in Frankreich und von Frankreich aus großen Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie. Er gehörte zu der ersten, die mentale Zustände systematisch beschrieben, er verbesserte die Unterbringung und etablierte die ärztliche Behandlung der Geisteskranken seiner Zeit. Insgesamt erfasste und klassifizierte er ausführlich 90 Fälle von schwer psychisch erkrankten Wöchnerinnen (Toellner 1992).

⁷⁰ Ebenso Giesinger 1845 (nach Buck, 1993), der „enttäuschte Wünsche und Hoffnungen der Frauen“ für ursächlich erachtete.

Seine Fälle im frühen Wochenbett zeigten eine hohe Inzidenz von „Delirien“. Im Einklang mit den Lehren der Humoralpathologie hatte schon Esquirol eine Störung der Milchsekretion⁷¹ oder ungenügenden Fluss der Lochien und später – bei den Patientinnen der dritten Gruppe - des Menstruationsblutes als Ursache angenommen.

Bei der Beurteilung dieser ätiopathogenetischen Vorstellungen müssen wir uns vor Augen halten, dass in diesen Zeiten eine Geburt aufgrund der vergleichsweise geringen therapeutischen Möglichkeiten auch in gehobeneren Gesellschaftsschichten tatsächlich häufig mit ausgeprägten Anämien, Infektionen wie „Kindbettfieber“ und „Milchfieber“, Gewichtsverlust und zusätzlich ungenügenden hygienischen und nutritiven Zuständen von Mutter und Kind einherging⁷². Oft genug endete sie sowohl für die Mutter als auch das Kind tödlich, teilweise nach mehr oder weniger langem Siechtum. Wöchnerinnen in schlechtem oder gar desaströsem körperlichen und eventuell auch geistig-seelischem Zustand müssen für die Ärzte jener Zeit an der Tagesordnung gewesen sein, somit gestaltete sich die Differenzierung der Ursachen schwierig und verlangte schon damals erfahrene, der Zeit entsprechend gut ausgebildete Forscher und Therapeuten mit präziser Beobachtungsgabe.

Stillen galt konsequenterweise als zusätzlicher „Säfteverlust“ und kam somit ebenfalls ätiologisch in Betracht, wobei aber auch das Abstillen mit einem vermehrten Auftreten von Psychosen einherzugehen schien: das Ende des täglichen Milchflusses stellte für die damaligen Ärzte - wiederum ganz in der Logik der Humoralpathologie⁷³ – ein Art „Stocken“ von Körpersäften dar.

Marcé⁷⁴ selbst arbeitete an einem von Esquirol gegründeten Hospital, in dem eine große Anzahl Wochenbettpsychosen behandelt wurden. In seiner Systematik⁷⁵ schloss er sich seinem Lehrer an und fand heraus, dass sich die Mehrzahl der auffälligen psychischen Zustände im frühen Wochenbett manifestierten. Die Symptomatik schien sich jedoch mit dem Fortschreiten des Wochenbettes und in der Zeit danach häufig nach einem bestimmten Muster zu wandeln: Überwogen im frühen Wochenbett noch die „Manien“, wurden sie im zeitlichen Verlauf zusehends von der „Melancholie“ abgelöst. Auch wenn es nicht ganz unproblematisch erscheint, der so genannten *Melancholie* die depressive Symptomatik, wie wir sie heute verstehen und definieren, gleichzusetzen, so kann man doch vom Charakter der Semantik auf große

⁷¹ „per lactis migrationem ad cerebrum“ (nach Zilboorg 1929)

⁷² Lehmann (2006)

⁷³ Wenn auch seit dem 18. Jahrhundert andere Konzepte die Vorstellungen der seit Galen dominierenden Humoralpathologie ergänzten, so lösten sie sie doch nur zum Teil ab. Eher kann von „Überlappungen“ gesprochen werden, die nebeneinanderher zum Teil bis in die heutige Volksmedizin hinein weiter bestehen (Eckhart 2000)

⁷⁴ Im Titel der „Marcé Society for Psychiatric Disorders of Childbearing“, gegründet 1990 in England, fand die führende Autorität von Marcé den entsprechenden Niederschlag. Neben der Muttergesellschaft (www.marcesociety.com) entstanden in zahlreichen anderen Ländern Tochtergesellschaften. Auf den entsprechenden Websites können Kontaktadressen und Therapieeinheiten der jeweiligen Länder abgerufen werden

⁷⁵ „Traité de la folie des femmes enceintes“ (Marcé 1858). Er hatte 310 Fälle untersucht, von denen 9% schon während der Schwangerschaft Symptome entwickelten, weitere 58% der Psychosen traten im frühen, 33% im späten Wochenbett oder in der Zeit danach auf.

begriffliche Überschneidungen schließen, zumal der Begriff der *Depression* zu dieser Zeit noch nicht existierte.

In der allgemeinen Psychiatrie entwickelte Kräpelin in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts sein Konzept der „nosologischen Psychiatrie“, das für psychischen Störungen ausnahmslos organische Ursachen postulierte und konequenterweise die Erfahrungsebene der Patientinnen und Patienten bis heute abwertend in den Hintergrund drängte⁷⁶. Die Psychiatrie konnte sich damit erstmals auch auf gesellschaftlicher Ebene zugleich als Hilfs- und Kontrollinstanz für normverletzendes Verhalten etablieren.

Mit dem erneuten Wandel des menschlichen Selbstverständnisses unter dem Einfluss der Psychoanalyse zu Anfang des 20.sten Jahrhunderts wurde die Symptomatik völlig neu interpretiert und das bis dahin gängige ätiologische Konzept wieder in Frage gestellt. Die Triebtheorie⁷⁷ des Arztes Sigmund Freud und seiner Schüler revolutionierte das damalige Menschenbild in mehrerlei Hinsicht: Es bezog in seine nosologischen Betrachtungen zum einen den Menschen als Individuum und Produkt seiner persönlichen Verhältnisse und Lebensumstände ein. Die Fokussierung ihrer diagnostischen und therapeutischen Aufmerksamkeit auf die *frühkindliche* Entwicklung eines Menschen war revolutionär, genauso wie die Triebtheorie selbst, die sich dem Affekt des einzelnen Menschen zuwandte und die Existenz desselben damit gleichsam wissenschaftlich zu legitimieren versuchte.

So erklärten sich nun zeitgenössische Ärzte die auffallenden psychischen Erscheinungen der Wöchnerinnen mit einem sich bis in das Erwachsenenalter auswirkenden frühkindlichen Defekt der libidinösen Entwicklung. Die betreffenden Frauen seien im so genannten *phallischen* Stadium stehen geblieben und hätten die *vaginale Phase* nie erreicht. Ihnen wurde übermäßige Masturbation und gleichzeitig Frigidität sowie potentielle Homosexualität zugeschrieben. Nach den Anhängern der zeitgenössischen Psychoanalyse kamen diese „Abnormitäten“ konsequenterweise in der Wochenbett-Pschose und anderen Befindlichkeitsstörungen des Wochenbettes zum Ausdruck. Auch die ödipale Phase hätten diese Frauen nicht ausleben können, was zusammen mit dem sog. *Penisneid* sogar zu „sadistischen Tendenzen gegenüber Männern“ führen konnte. Diese nach Zilboorg (1929) - der Zeitgenosse der frühen Psychoanalytiker war – zitierten Überlegungen können nicht mit der Arbeit der modernen Psychoanalyse gleichgesetzt werden, gleichwohl rückte seither bei der Arbeit mit Befindlichkeit und psychischen „Störungen“ die Persönlichkeitsstruktur als maßgebender Einflussfaktor ins Blickfeld der Forschung und löste die pathophysiologischen Vorstellungen der Humoralpathologie – zusammen mit anderen⁷⁸ sich zeitgleich etablierenden fundamentalen Erkenntnissen in den medizinischen Wissenschaften - ab.

⁷⁶ Buck (1993)

⁷⁷ Auch das Modell der „Regression“ der Frau während der Entbindung, d.h. ihr „evolutionärer flashback“ auf eine „niedrigere“, weniger vom Großhirn kontrollierte Bewußtseinsebene während der Wehen geht auf seine Ansätze zurück. Die phasenweise oder generelle intellektuelle Unterlegenheit der Frauen wird zum Teil noch heute als Tatsache und reproduktive Notwendigkeit betrachtet (Nicolson, 1999).

⁷⁸ u.a.: Infektionslehre nach Pasteur und Koch, Siegeszug der ersten Antibiotika (z. B. 1923 Steptomycin),

Die Geburt selbst schied nach diesem Denkmodell zunächst als unmittelbare *Ursache* der psychischen „Störungen“ im Wochenbett aus. Damit stellte sich zum ersten Mal auch die heute noch kontrovers diskutierte und somit nicht ausreichend beantwortete Frage, ob es sich bei den postpartalen „Störungen überhaupt um spezifische Wochenbeterkrankungen handelt, oder ob es nicht etwa die gleichen psychischen „Störungen“ sind, die sich auch in anderen Lebenssituationen finden und durch den Vorgang der Geburt eventuell nur „katalysiert“ werden.

Aufbauend auf dieser sehr gestrafften Analyse der verschiedenen historisch gewachsenen theoretischen Konzepte der medizinischen Wissenschaft kann die Aussage getroffen werden, dass eine Frage wie diese nicht ohne Bezugnahme auf den gesellschaftlichen und kulturellen Kontext und seiner geltenden wissenschaftlichen Paradigmen beantwortet werden kann⁷⁹.

Nicht zuletzt aufgrund der historischen Entwicklungen in der Medizin und deren gesellschaftlichen Zusammenhängen, die vor dem 20.sten Jahrhundert einander eher ablösten als gegenübertraten, sehen wir uns heutzutage bei der näheren Beschäftigung mit der Wöchnerinnen-Befindlichkeit mit einem zeitgleichen Auftreten verschiedenster Erklärungsansätze konfrontiert. Im den folgenden Kapiteln soll dies näher erläutert werden.

2.3. „Baby-Blues“ und „Postpartum-Depression“ – ein wissenschaftliches Thema?

Bis zum Beginn des 20.sten Jahrhunderts konzentrierte sich das Interesse von Ärzten und Wissenschaftlern auf die psychotischen Verläufe der Wochenbett-„Störungen“ mit ihren manischen, schizoiden oder schwer depressiven Verlaufsformen, die sie an hospitalisierten Patientinnen sahen und behandelten. Erst Mitte des 20.sten Jahrhunderts fand der *Baby-Blues*⁸⁰ als eine „weniger schwere Störung“ Eingang in Veröffentlichungen⁸¹ zum Thema Wochenbett: Victoroff beispielsweise nannte diese Erscheinung im frühen Wochenbett „maternity blues“, Molony „third day blues“. Beiden gemeinsam war, dass sie diese Befindlichkeitsveränderungen weder genauer untersuchten noch eine dezidierte Definition der Symptomatik angaben. Deshalb galten die Arbeiten von Hamilton (1962), Robin (1962), Yalom et al. (1968)

⁷⁹ Vgl. Romito (1990), Albrecht-Engel (1997), Nicolson (1998 und 1999), Kneuper (2004/5)

⁸⁰ Der Begriff *blues* oder *feeling blue* leitet sich aus der im 18. Jahrhundert im angelsächsischen Sprachgebrauch in Erscheinung tretenden Redewendung *to turn blue* ab: eine brennende Kerze, deren rötlicher Anteil im Farbspektrum fehlt, erscheint bläulich. Diese auf verbrennungsphysikalischen Grundlagen beruhende Erscheinung wurde damals vielfach als ein schlechtes, eventuell sogar todbringendes Omen oder als Hinweis für die Anwesenheit von Geistern gedeutet, nach Delius (2004)

⁸¹ Vgl. Victoroff (1952), Molony (1952)

und auch Pitt (1968 und 1973) trotz methodischer Mängel⁸² als erste wirklich bedeutende Untersuchungen⁸³.

Bis heute sucht man eine einheitliche, unwidersprochene und auch vom zeitlichen Auftreten her präzise festgelegte Definition sowohl für den „Baby-Blues“ als auch für die „Postpartum-Depression“⁸⁴ vergeblich. Auf die Frage, was es so schwierig machen könnte, zu einer solchen zu gelangen, wird in der Diskussion der Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit näher eingegangen werden.

Erstaunlich viele wissenschaftlichen Disziplinen befassten und befassen sich sowohl innerhalb⁸⁵ als auch außerhalb⁸⁶ der medizinischen Fachgebiete mit psychischen Wochenbett-krankungen, das Fehlen einheitlicher Beschreibungsmodelle und Definitionen der Symptomatik im Einzelnen scheint der weiteren Ergebnisgewinnung nicht unmittelbar im Wege zu stehen. Zum Teil werden in weiterführenden Arbeiten im Sinne einer gewissen Traditionsbildung die Ergebnisse älterer Arbeiten aus der eigenen „Denk-Schule“ als erkenntnistheoretische Grundlage der eigenen Arbeit vorausgesetzt, auf eine kritische Zusammenschau der nebeneinander existierenden Erklärungsansätze wird meist verzichtet. Deutlicher ausgedrückt bedeutet dies, dass sich medizinische Forschung fast ausschließlich auf medizinische, geisteswissenschaftliche so gut wie immer nur auf geisteswissenschaftliche „Vorarbeiten“ stützt. Zugegebenermaßen bedeutet die Kenntnis der *gesamten* zu diesem Thema bereits zur Verfügung stehenden Literatur eine gewaltige, vielleicht ein gesamtes Lebenswerk einer Wissenschaftlerin oder eines Wissenschaftlers umfassende Leistung, die bisher trotz des fachlich immens breiten Interesses, auf das die Thematik nun bereits seit drei Jahrhunderten stößt, noch niemand aufzubringen vermocht hat. So erscheint allein der Versuch vermessen, verschiedene Ansätze zur Ätiologie oder zumindest zur simplen Beschreibung der „Störungen“ in einer Dissertation berücksichtigen zu wollen. Allein, bei der Literaturrecherche drängt sich dem nach Erklärungen Suchenden der Eindruck auf, dass eben kein bisher bekannter Ansatz für sich in Anspruch nehmen kann, diese symptomatisch vielfältigen und mittlerweile weltweit in den verschiedensten Kulturen beobachteten und untersuchten psychischen Wochenbett-„Störungen“ alleine umfassend und schlüssig zu erklären.

⁸² U.a. keine direkte Befragung der Wöchnerinnen, sondern der Hebammen; kleine Fallzahl bei exploratorischen Ansatz, keine Voruntersuchung in der Schwangerschaft/keine Erfassung psychiatrischer Prämorbidität etc.

⁸³ Vgl. Kap. 2.3.1.1

⁸⁴ Schon O'Hara (1987) bemerkte, dass viele seiner Probandinnen länger als 1 Jahr p.p. unter Depressivität litten. Romito (1990) schrieb, dass alle ihr bekannten Studien „PPD“ finden konnten so lange sie jeweils nacherhoben, wobei sie explizit auf das Dilemma der fehlenden zeitlichen Eingrenzung vor allem des *Endes* der PPD eingeht. Cox (1993) ging hingegen davon aus, dass sich die Depression „nach 3 bis 6 Monaten zurückbildet“, wies dies aber nicht nach. Steiner (1995) gibt für die Dauer „konstant über 2 Jahre“ an. Laut Riecher-Rössler (1997) erstreckt sich die PPD bei ca. 50% der Frauen über ein halbes Jahr und länger, „oft“ sogar über ein ganzes Jahr hinaus. Auch Ballestrem (2001) schließt sich mit Merritt (2001) der Meinung an, dass die PPD „Jahre“ bzw. „14-27 Monate p.p.“ anhalten könne. Dies deckt sich auch mit der Ansicht der *American Psychol. Association*.

⁸⁵ Z.B. Gynäkologie, Endokrinologie, Psychiatrie, Pflegewissenschaften, Pädiatrie, med. Epidemiologie

⁸⁶ Z.B. Psychologie, Soziologie, Ethnologie, Anthropologie, Literaturwissenschaften, Politikwissenschaften

Um dem wissenschaftlichen Anspruch gerecht werden zu können, den sich unsere Arbeitsgruppe beim Entwurf der Hypothesen und der Fragebögen zu Grunde legte, bezogen wir nicht ausschließlich klassisch medizinische Hypothesen, sondern auch verhaltensbiologische, ethnologische, anthropologische und geistes- bzw. sozialwissenschaftliche Ansätze mit ein. Diesem Ansinnen waren durch den Umfang der Fragebögen Grenzen gesetzt, so dass auch wir selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können. In unserer Intention lag es eher, gewissermaßen einzelne „Stichproben“ der verschiedenen Theorien in verschiedenartigen Kollektiven zu nehmen, selbstverständlich könnte an jeder „Nahtstelle“ weiterführende Forschung enger eingegrenzt, mit präzisierter Fragestellung und höherer Fallzahl oder auch qualitativ-explorativ, stattfinden.

Gemeinsam mit dem „Baby-Blues“ geriet ab der Mitte des 20.sten Jahrhunderts auch die nicht-psychotische Wochenbett-Depression zunehmend in das Blickfeld der Wissenschaft. Durch den Eifer, mit dem dieses bis dato im erkenntnistheoretischen Hintergrund angesiedelte Thema nun aufgegriffen wurde, wurde die implizite Ausgangshypothese der höheren Gesamtprävalenz psychischer Störungen im frühen und späten Wochenbett nicht hinterfragt. Es gibt mittlerweile einige Arbeiten⁸⁷, die *kein* vermehrtes Auftreten von nichtpsychotischen Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett feststellen konnten, verglichen mit dem Kollektiv altersgleicher Frauen derselben kulturellen und ethnischen Zugehörigkeit.

Im Vergleich zum „Blues“ wurde und wird die Postpartum-Depression als schwere Krankheit mit weit reichenden Folgen für die Frauen selbst, aber vor allem für die Intaktheit ihres unmittelbaren sozialen Umfeldes – bestehend vor allem aus ihren Kindern und ihrem Partner – gesehen. Unter dem Aspekt der Auswirkung eingeschränkten mütterlichen „Funktionierens“ auf die Mutter-und-Kind-Bindung entstanden etliche Arbeiten⁸⁸, in denen die negativen Folgen dieser Erkrankung für andere als die Frau selbst ausführlich aufgearbeitet wurden. Sucht man hingegen nach Arbeiten, die die Folgen dieser Erkrankung für die Frau persönlich - in ihrer biografischen Einordnung beispielsweise - mit sich bringt, findet man keine einzige speziell damit befasste Studie. Spekulative Aussagen darüber erscheinen allenfalls als Nebenprodukt der üblichen Untersuchungen, die sich in erster Linie mit den Folgen für das soziale Umfeld und z.B. epidemiologischen und auch volkswirtschaftlichen Betrachtungen zufrieden geben⁸⁹. So ist auch die unübersehbare Anteilnahme der frauenspezifischen psychologischen und soziologischen Forschung am Thema der psychischen Wochenbett-„Störungen“ zu erklären, die das Rollenbild der Mutter, das weibliche Selbstverständnis und die jeweilige Einordnung in soziokulturelle Zusammenhänge thematisiert: diese „Lücke“ wurde und wird vor allem von den medizinischen Wissenschaften nicht wahrgenommen und dementsprechend auch nicht

⁸⁷ Vgl. Kap. 2.3.1.2. und 2.3.1.3.

⁸⁸ Auch die Theorien der Bindungsforschung und der Entwicklungspsychologie sind vergleichsweise „jung“ und entstammen dem gleichen zeitgeistigen Hintergrund wie die beschriebene Forschung über die „Befindlichkeitsstörungen“ (vgl. Kap. 2.3.2.3. und 2.4.2.)

⁸⁹ U.a. Lanczik (1994)

bearbeitet, allenfalls vereinzelt machen sich medizinische Arbeiten Gedanken um die mögliche Stigmatisierung der Mütter durch die Diagnose Depression. So vermutet Elliott 1999, dass die Depression der Frau im Wochenbett als weniger stigmatisierend empfunden werde als in anderen Lebensabschnitten und warnt zu Recht vor der Problematik des „Labels“ (Wochenbett-)Depression, dessen Inhalte „hineindefiniert“ würden und „auf breiter Front“ im Gesundheitswesen bezüglich Diagnostik, Therapien und Kosten sowie deren Trägerschaft Wirkung zeigten.

Nachfolgend sollen die verschiedenen heutzutage etablierten Beschreibungs- und Erklärungsmodelle kurz dargestellt werden, bezogen auf bisherige Studien jeweils zum Thema.

2.3.1. Beschreibungsversuche von „Baby-Blues“ und „Postpartum-Depression“ – Studien und Instrumente

2.3.1.1. „Baby-Blues“

Die ersten Untersuchungen wurden vor dem Hintergrund einer prosperierenden endokrinologischen Forschung⁹⁰ durchgeführt, von der die Konzepte der Humoralpathologie mittlerweile mühelos ersetzt wurden, da man sich erneut mit gewissen „Ungleichgewichten“ - diesmal nicht der „Körpersäfte“, sondern von in diesen „Körpersäften“ enthaltenen Botenstoffen, den Hormonen – befassen konnte. Die zeitgemäß vorherrschende Meinung ging von einer zumindest hauptsächlich hormonellen Genese der psychischen Wochenbett-„Störungen“ aus. 1962 beschrieb Hamilton vor diesem Hintergrund⁹¹ das *transitory syndrome*, wie er den „Baby-Blues“ nannte. Implizit liegt diesem Terminus die Vorstellung von etwas vorübergehend Auftretendem, sich selbst Limitierendem zugrunde, obwohl er darauf hinwies, dass sich die Symptomatik vom Prodromalstadium der Psychose nur durch die fehlende Schlaflosigkeit unterscheide.

Er befragte Hebammen über psychische Symptome, die diese bei Entbundenen im frühen Wochenbett als „typisch“ erachteten. Daraus ergab sich als beschreibende Symptomatik am häufigsten „Müdigkeit“, gefolgt von „Weinen“, „Ängstlichkeit“, „Verwirrung“, „Kopfschmerzen“, „Schlaflosigkeit“, „Hypochondrie“⁹², „Feindseligkeit gegenüber dem Ehemann“⁹³ bzw. generalisiertem „antagonism“.

⁹⁰ Vgl. Kap. 3.2.1.

⁹¹ Er veröffentlichte wesentliche Arbeiten z. Teil zusammen mit Endokrinologen wie Sheenan, fast schon vehement verwirft er in seinen Arbeiten (1982 und 1992) die mögliche Beteiligung anderer Ursachen an den „Störungen“

⁹² Derbolewski (1980) erklärte den von Hamilton als „Blues“-Symptom etablierten Begriff etwas hölzern als geäußerte „Besorgnis über körperliche Symptome“

⁹³ Die Tatsache, dass diese Beobachtung aufgrund einer Wertung durch Dritte, nämlich der Hebammen, Eingang in die Beschreibung „typischer“ Blues-Symptome nach Hamilton erfuhr, kann zum einen als – offensichtlich implizierte - Abwertung der Kompetenz der Mütter, für sich selbst zu sprechen, gesehen werden. Möglicherweise wollte der Untersucher dadurch eine gewisse Objektivität sicherstellen, die er noch eher

Die Wöchnerinnen selbst wurden als erstes von Robin 1962 in einer Studie mit 25 Krankenhausgeburten befragt. Seine für ihn selbst überraschend hohe Prävalenz von 64% *emotional lability* und 76% *depression* – gemeint waren eher kurze, vorübergehende „Anflüge“ von Depressivität – schreibt er der „Vorselektierung“ seines Kollektivs zu: er ging damals davon aus, dass „normale“, nicht in irgendeiner Weise „vorbelastete“ Frauen eher zu Hause entbunden hätten.

Erste Messinstrumente für den „Blues“ entwickelten Yalom 1968⁹⁴ und Pitt 1973⁹⁵. Diese werden noch heute vielfach angewendet und beschreiben bei Yalom als „Hauptsymptome“ „Weinen, v.a. *ohne Grund*“, Müdigkeit und Irritierbarkeit, als „Nebensymptome“ „Schlaflosigkeit“ und „Rastlosigkeit“. Als Einflussfaktor konnte er die Parität belegen: Primiparae hatten deutlich mehr „Blues“-Symptome aufgewiesen.

Pitt übernahm Hamiltons Ansatz und Symptomatik, und ergänzte diese um das Auftreten von „Depression“, wiederum eher im Sinne von „Depressivität“. Gleichzeitiges Erscheinen dieser Depressivität und des Weinens definierte für ihn das Vorliegen des „Blues“. Interessanterweise bezeichnet er auch sogenannte „Spuckbabys“ als „Symptom des mütterlichen „Blues“. Beide Autoren schätzten den „Postpartum“- oder „Maternity-Blues“ als „häufig“, „harmlos“ und „vorübergehend“ ein. Pitt grenzte den „Blues“ deutlich von schwerwiegenderen Formen der postpartalen Depressionen ab, interpretierte aber trotzdem einige seiner „Blues“-Fälle im Sinne einer „Frühform“ der zeitlich später anzuesiedelnden „postpartalen Depression“⁹⁶, da er den Unterschied zwischen beiden „Störungen“ nicht in der Art der Symptomatik sieht, sondern im Schweregrad und im zeitlichen Auftreten derselben.

1981 entwickelte Stein ein weiteres Instrument⁹⁷, das auch die postpartale Gewichtsabnahme der Wöchnerin in Bezug zu den psychischen Veränderungen setzen wollte, was ihm aber nicht gelang. Auch mit dem Alter der Mutter, der Parität und Stillschwierigkeiten konnte er statistisch keinen Zusammenhang nachweisen. Er verwendete die Symptome „Depression“,

den Hebammen als „Fachkräften“, als den Müttern selbst, zutraute. Diese auch in aktueller medizinischer Forschung noch anzutreffende Haltung gegenüber dem quasi unberechenbaren „Untersuchungsobjekt Frau“ wird in der Diskussion (**vgl. S. X**) noch näher vorgestellt und erläutert werden.

Nebenbei bemerkt verstößt eine Frau mit der Äußerung eines solchen Symptoms gegen eine grundlegende gesellschaftliche Norm: der des erwarteten weiblichen Sozial- und Rollenverhaltens. Auch dieser Aspekt wird in der Diskussion noch aufgegriffen werden.

⁹⁴ Diese Studie war prospektiv an 39 Frauen durchgeführt worden: Der erste Befragungszeitpunkt lag vor der Geburt, postpartal wurde bis zum 10. Tag täglich erneut die Symptomatik erhoben. 67% der Wöchnerinnen gaben an, mindestens einmal in diesem Zeitraum geweint zu haben.

⁹⁵ Er untersuchte 100 Frauen zwischen dem 7. (!) und dem 10. postpartalen Tag *einmalig*. Er fand eine Prävalenz von 50%, und fand einen positiven Zusammenhang zwischen Stillschwierigkeiten und dem Auftreten von „Blues“. Wie sein Vorbild Hamilton war auch er ein erklärter Anhänger der hormonellen Genese dieser Befindlichkeits-„Störungen“

⁹⁶ Pitt (1968)

⁹⁷ Eine Woche lang fragte er post partum die Symptome bei 37 Frauen ab und ließ sie täglich wiegen, nach 3 Monaten folgte ein weiterer Fragebogen. Er fand eine Prävalenz von 74% „Blues“, wobei das einzige konsistente Diagnosekriterium das Symptom „weeping“ war.

„Weinen“, „Ängstlichkeit“, „Erschöpfung“, „Verwirrung“, „Kopfschmerzen“, „Träume“, „Anspannung“, „Ruhelosigkeit“, „Vergesslichkeit“, „Anorexie“, „Irritierbarkeit“ und „schlechte Konzentrationsfähigkeit“. Interessanterweise zeigten einige Symptome - Depression, Weinen, Kopfschmerzen, Träume, Ruhelosigkeit und Irritierbarkeit

- ein Maximum am vierten bis sechsten Tag nach der Geburt, was seit Stein als spezifisches Charakteristikum des „Blues“ gilt. Indem er den „Blues“ auch als *mild depression* bezeichnet, trennt er ihn nicht explizit von der „Postpartum-Depression“.

Im gleichen Jahr erarbeiteten Kendell und ihre Mitarbeiter⁹⁸ eine visuelle Skala, auf der sie „Glücklich sein“, „Depression“, „Weinen“, „Ängstlichkeit“, „Irritierbarkeit“ und „emotionale Labilität“ abfragten. Auch dieses Instrument war zur täglichen Anwendung in einem prospektiven Design gedacht. Sie konnten keinen statistisch signifikanten Einfluss von Parität oder Stillschwierigkeiten auf den „Blues“ nachweisen, jedoch zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmal „Neurotizismus“⁹⁹ und dem Maximum für „Depression“ und „Labilität“ am fünften Wochenbetttag. Nachdem sie die ausschließlich hormonelle Genese der Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett für fraglich¹⁰⁰ hielten, untersuchten sie auch Frauen nach Hysterektomie¹⁰¹. Auch postoperativ zeigten sich die Symptome eines „Baby-Blues“, jedoch trat kein Maximum um den fünften Tag nach dem Eingriff auf wie nach den Geburten: die Symptomatik nahm postoperativ kontinuierlich ab.

Insgesamt erachteten Kendell und ihre Gruppe bezüglich des „Blues“ - gleichviel ob er post OP oder post partum auftrat - die Kombination der Symptome *Depressivität*, *Weinen* und *Labilität* für spezifisch, außerdem postulierten sie einen prädiktiven Zusammenhang zwischen dem „Baby-Blues“ und der „Postpartum-Depression“, weil sie einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten beider „Störungen“ nachweisen konnten.

In diesem Ansatz arbeiteten auch Derbolewsky und seine Gruppe¹⁰². Sie postulierten wie Lanczik in der Tradition Hamiltons einen *übersensitiven emotionalen Zustand*, der es äußeren Faktoren möglich machte, den „Blues“ auszulösen. Sie machten – mit leichtem Unterschied zu Kendell¹⁰³ – die Beobachtung, dass sich die Symptomatik in ihrer Untersuchung jeweils nach der Entlassung der Wöchnerinnen nach Hause verstärkte. Auch sie gingen prinzipiell von zugrunde liegenden endokrinologischen Prozessen bei der Entstehung des „Blues“ aus,

⁹⁸ In Edinburgh wurde diese Skala von 81 Frauen über die ersten 21 Tage p.p. täglich ausgefüllt. Nach 3 bis 5 Wochen wurde ein retrospektives Interview durchgeführt.

⁹⁹ Kendell et al. 1981, die Ausprägung des „Neurotizismus“ wurde mittels des *Eysenck Persönlichkeitsinventars* ermittelt

¹⁰⁰ Kendell et al. (1981: 325) gingen von Voraussetzungen für das Auftreten von Befindlichkeits-„Störungen“ aus, die in der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen zu finden sein mussten und zusätzlich durch gewisse *emotional connotations of current experiences* getriggert würden

¹⁰¹ Kendell et al. 1984

¹⁰² 78 Frauen wurden während ihres stationären Aufenthaltes täglich postpartal, einige noch weitere drei Tage zu Hause befragt (Derbolewsky et al. 1979)

¹⁰³ In dieser Studie trat der „Blues“ eher bei spät- als bei frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassenen Wöchnerinnen auf (Kendell et al. 1981)

hielten aber im Unterschied zu Hamilton und Lanczik die „äußeren Einflüsse“ für entscheidend.

Mitte der 80er Jahre wurden mehrere Untersuchungen¹⁰⁴ zum „Blues“ mit Hilfe verschiedener Instrumente durchgeführt. Mit am meisten Bedeutung erreichten Kennerly und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch sie gingen von der Bedeutung der hormonellen Veränderungen nach der Geburt für die psychischen Phänomene im Wochenbett aus. In ihren Arbeiten¹⁰⁵ wird deutlich, dass sie sich besonders mit der Problematik der fehlenden einheitlichen Definition und Beschreibung auseinandersetzten. Einig waren sich die Forscher bislang nur über wenige Aspekte des „Blues“: allgemein anerkannt war die Tatsache, dass er „häufig“ auftrat, einen „gutartigen“ Verlauf zeigte und ein Maximum zwischen dem dritten und dem fünften Tag p.p. aufwies. Laut Kennerly¹⁰⁶ fehlte die Einigkeit jedoch bei der Frage nach den zugehörigen, „pathognomonischen“ Symptomen und vor allem in Hinsicht auf die Zugehörigkeit depressiver Symptomatik im Sinne moderner ICD- oder DSM-Klassifizierung. Sie kritisiert, dass die fünf wichtigsten, bisher vorhandenen Instrumente¹⁰⁷ nur **drei** gemeinsame Symptome abfragten: *Weinen*, *Angst / Nervosität* und *Depression / Traurigkeit*.

In der Konsequenz entwickelte sie mit ihrer Arbeitsgruppe einen schriftlichen Fragebogen zur Erfassung von 28 Symptomen¹⁰⁸. Mit diesem wollten die Autoren primär nicht etwa die charakteristischen Symptome des „Baby-Blues“ genauer erarbeiten, sondern möglichst viele bereits bekannte oder verwendete Symptome identifizieren, um den „Blues“ – sie definierten ihn rein statistisch durch Scores „über dem Mittel der anderen Frauen“ – wenigstens keinesfalls zu übersehen.

Kennerly und Mitarbeiter interpretierten aufgrund ihrer eigenen Untersuchungen die depressiven Komponenten als nicht zum „Blues“ gehörig, zwischen „Blues“ und später auftretender Postpartum-Depression konnten sie *keinen* Zusammenhang finden – im Gegensatz beispielsweise zu O'Hara (1987), der den „Blues“ als Vorläuferstadium der Postpartum-Depression ansieht und ihn als „mild affective syndrome in the first week postpartum“ bezeichnet. Ferner listet er *mögliche*, aber nicht *vollständige* Symptome des „Baby-Blues“ auf, wie die meisten anderen Autorinnen und Autoren auch. Mastrigiacomo (1983) nennt, wie schon Hamilton, speziell „hostility“ als „Blues“-Symptom. Der „Baby-Blues“ selbst nimmt bei ihm den Stellenwert einer „mild pathological postpartum reaction“ ein, endokrin ausgelöst und von psychosozialen Faktoren beeinflusst. Guedeney (1993) wiederum zieht aufgrund des vielfältigen,

¹⁰⁴ Z.B. Gard et al. (1986) verwendeten die *MAACL* (Multiple Affect Adjective List) und den *BDI*; Bölter, Kirschbaum und Beckmann (1986) arbeiteten mit einem eigenen Stimmungsfragebogen; Tonge (1986) untersuchte die Mütter mit dem *Eysenck Persönlichkeitsinventar* und Knight und Thirkettle (1987) maßen den „Blues“ mit Hilfe des *STAI*

¹⁰⁵ Kennerly/Gath (1989a und b), Iles, Kennerly und Gath (1989)

¹⁰⁶ Kennerly/Gath (1989a)

¹⁰⁷ Hamilton (1962), Yalom (1968), Pitt (1973), Stein (1981) und Kendell (1981)

¹⁰⁸ Vgl. Kap. 3.2.2.1. (Der „Babyblues“ - Fragebogen für die Interviews im frühen Wochenbett / Das standardisierte Instrument)

eindeutig affektlabilen Symptomenkreises eine Verbindung zwischen „Baby-Blues“-Ätiologie und Dopaminstoffwechsel im Sinne einer physiologischen „Affektsensibilisierung“ der Mutter in Hinblick auf die Mutter-Kind-Bindung in Betracht. Für Miller (1993) enthält der „Baby-Blues“ keine depressive Symptomatik, er trennt beide „Störungen strikt voneinander. Für problematisch hält er die Abfragung von bestimmten Symptomen bei der Erfassung des „Baby-Blues“, da dies einer Überbetonung der gesuchten Symptome zu Lasten anderer, vielleicht gar nicht erst angesprochener Symptome gleichkomme. Er hält, wie später auch Brockington (1996)¹⁰⁹, „positive“ Gefühle wie „euphorische Stimmung“ für mögliche „Baby-Blues“-Symptome. Lanczik (1994) sieht eine rein hormonelle Genese des „Baby-Blues“, seine Inzidenz und auch Bedeutung hält er generell für „überschätzt“¹¹⁰, wobei er einräumt, dass die Trennung von der Postpartum-Depression noch zu ungenau sei. Er bezeichnet den „Blues“ als „emotional-hyperästhetische Hypasthenie“. Bei Riecher-Rössler (1997) hat nur die Postpartum-Depression, nicht aber der „Baby-Blues“ Krankheitswert. Fossey (1997) interpretiert den „Baby-Blues“ als Prädiktor für die Wochenbett-Depression, O'Hara (1999) kann in seiner Metaanalyse den „Baby-Blues“ als „Vorläuferstadium“ der Postpartum-Depression nicht eindeutig belegen. Köglberger (2000/1) hält Stimmungsschwankungen, „grundloses“ Weinen, Reizbarkeit/Ungeduld, „Leere“ statt „Glücksgefühl“, Müdigkeit/„Kraftlosigkeit“ sowie Unruhe und Angst für kennzeichnende Symptome.

Zusammenfassend scheint allgemeine Übereinstimmung in der Definition des „Blues“ lediglich betreffs einzelner Symptome wie Weinen oder emotionale Labilität zu herrschen, ohne deren Vorhandensein im zeitlich eng begrenzten Rahmen des frühen Wochenbettes und eventuell weniger Tage danach derzeit nicht von „Baby-Blues“ gesprochen wird.

Ähnlich der divergierenden Diskussion um Definition und Beschreibung des „Baby-Blues“ spiegelt die enorme Streubreite der gefundenen Prävalenzen zwischen ca. 30%¹¹¹ und 95%¹¹² die Problematik des Konzeptes des „Blues“ als „Befindlichkeitsstörung“ wider.

Ergänzend muss erwähnt werden, dass mehrere Autorinnen und Autoren das bisher vorgestellte Konzept von „Baby-Blues“ und „Wochenbett-Depression“ nicht anerkennen¹¹³ und deshalb in diesem Abschnitt keine Erwähnung finden. Ihre Arbeiten und Ergebnisse fließen unter den jeweiligen Forschungsdisziplinen und der Literatur zu den Hypothesen ein.

¹⁰⁹ Brockington hatte festgestellt, dass maniforme Symptomatik mit euphorischer Affektlage bevorzugt schon am 2. Tag p.p. auftrat. Als „BB“ wertete er die Kombination von „posttraumatic dysphoria“ mit der Euphorie. hielt den „BB“ jedoch für eine „trivial disorder“, einer Art PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Er will sich aber nicht festlegen, ob dies eine „normale“ - im Sinne einer „Ernüchterung“ nach den „Glücksgefühlen“ einer (spontanen) Geburt - oder einer „pathologische“ Reaktion der Frauen darstellt: Wäre es physiologisch, müssten gerade Frauen nach einer „glücklichen“ Geburt an „BB“ leiden. Fleming (1990) z.B. widerspricht dieser Auffassung, Euphorie gehört für ihn nicht zur Symptomatik.

¹¹⁰ Nach seiner „subjektiven“ Einschätzung weisen weniger als 30% der Wöchnerinnen einen „BB“ auf.

¹¹¹ Lanczik (1994)

¹¹² Nicolson (1998)

¹¹³ U.a. Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990), Kneuper (2004/5)

2.3.1.2. „Postpartum-Depression“

Anders als der „Blues“ wurde die „Wochenbett-Depression“¹¹⁴ von Anfang an einheitlicher definiert, auch die Prävalenzen variierten weniger stark., was vermutlich auf das Mitte des 20sten Jahrhunderts bereits etablierte Konzept der endogenen und reaktiven Depressionen samt ihrer Mischformen in der modernen Psychiatrie zurückzuführen ist. Mit um die 15% liegt die Prävalenz in den meisten Arbeiten nicht über der der nicht im letzten halben Jahr entbundenen Frauen in der reproduktiven Phase¹¹⁵, jedoch gibt es auch „Ausreißer“ von beispielsweise 2%¹¹⁶ und 21%¹¹⁷. Diese Zahlen grenzen die nicht-psychotische Postpartum-Depression auch deutlich von der Wochenbett-Psychose ab, deren Prävalenz übereinstimmend auf ungefähr 1-2:1000 Wöchnerinnen geschätzt wird¹¹⁸.

2.3.1.3. Studien mit Kontrollgruppen

Obwohl schon Jarrahi-Zadeh und seine Arbeitsgruppe 1969 eine Untersuchung zur Postpartum-Depression mit Kontrollgruppe durchführten, die ergab, dass depressive Symptomatik im Wochenbett¹¹⁹ seltener als beispielsweise im letzten Schwangerschaftsdrittel vorkam, nahm dieses Ergebnis keinen Einfluss auf die Vorstellung, dass Wöchnerinnen besonders anfällig für Depressionen seien. Auch Kumar und Robson fanden 1984 ein Neuauftreten von Depressionen vor allem in der frühen Schwangerschaft häufiger als im Wochenbett¹²⁰ selbst. Weinen und Dysphorie im frühen Wochenbett stellten keine Prädiktoren für die Postpartum-Depression dar. Die Autoren interpretierten ihre Ergebnisse im Sinne einer generellen emotionalen Krisenhaftigkeit des Mutterwerdens für Frauen insgesamt.

O'Hara kritisierte die gängige „Diagnosestellung“ der Postpartum-Depression, die in den meisten Studien ohne klinische Überprüfung, nur mit Hilfe von Selbstbefragungsinstrumenten und deren cut-offs bewerkstelligt wurde. Er hielt die daraus gewonnenen Prävalenzen deshalb für zu hoch, und führte deshalb 1984 eine prospektive Studie mittels BDI und semistrukturiertem Interview durch, in dem die Prävalenz der Depressivität von der späten Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbettes untersucht werden sollte. In der klinischen Beurteilung glichen sich die Häufigkeiten für das dritte Trimenon und das frühe Wochenbett, im BDI erga-

¹¹⁴ Die meisten Autorinnen und Autoren gehen von der nicht-psychotischen PPD aus, wenn sie die Wochenbett-Depression in ihrer Arbeit nicht selbst genauer definieren.

¹¹⁵ Z.B. Thalassinou (1988) 20% PPD, davon 6% „schwere PPD“ bei ca. 15% Depressivität in der SS; O'Hara (1990, 1991 und 1996) jeweils ca. 13% mit diversen Instrumenten, etwas höhere Prävalenz mittels *self rating scales*, bei längerer Nachbeobachtung ebenfalls etwas höhere Prävalenz; Herz (1997) nach Köglberger (2000/1) 15% mittels EPDS >13; Josefson (2002) 13% mittels EPDS ≥ 10 , nach 6 Monaten unverändert.

¹¹⁶ Ballestrem (2001) untersuchte 278 Frauen 6-8 und 9-12 Wochen p.p. mittels EPDS

¹¹⁷ Klier (1997), mittels EPDS erhoben

¹¹⁸ Vgl. O'Hara (1987), Lanczik (1994), Brockington (1996)

¹¹⁹ Es gab mehrere Befragungszeitpunkte in der Schwangerschaft, am 3. Tag und 6 Wochen p.p.

¹²⁰ Die Befragungen fanden ab der 12.-14. SSW monatlich bis zum 12. Lebensmonat des Kindes statt.

ben sich deutlich höhere Werte gegen Ende der Schwangerschaft. Fast die Hälfte seiner Probandinnen zeigte im zweiten Trimenon Werte im BDI, die als „milde Depression“ klassifiziert werden müssten¹²¹, neun Wochen und sechs Monate postpartal wiederum nur noch weniger als 12% der Frauen ähnlich hohe Werte auf. 1989 konnte seine Arbeitsgruppe in einer *matched-pairs*-Untersuchung zeigen, dass Frauen im gebärfähigen Alter unabhängig von einer Geburt genauso häufig an Depressionen erkrankten wie Frauen in der Schwangerschaft oder im späteren Wochenbett¹²², lediglich im frühen Wochenbett konnten sowohl „Blues-“ als auch vermehrt „PPD-Kriterien“ nachgewiesen werden. „Blues“-Symptomatik war allerdings auch im dritten Trimenon vermehrt aufgetreten¹²³. Interpretiert wurden die Ergebnisse eher zurückhaltend und sehr allgemein als „erhöhte psychische Belastung“ der Frauen, die gegen Ende der Schwangerschaft und in frühen Wochenbett am höchsten und deswegen symptomatisch im Sinne eines „Blues“ sei, aber nicht mit einer klinisch erhöhten Rate an Depressionen einhergehe. Interessanterweise erreichte die Untersuchungsgruppe zu den Befragungszeitpunkten drei und sechs Wochen nach der Entbindung hinsichtlich der partnerschaftlichen und der sonstigen sozialen Unterstützung deutlich niedrigere Werte als die Kontrollgruppe.

Ebenfalls eine *matched-pairs*-Untersuchung bei schwangeren Teenagern führte bei Troutman und Cutrona 1990 zu den gleichen Ergebnissen bezüglich der Depressivität: Insgesamt waren mittels Interview und BDI erhöhte Depressionswerte¹²⁴ im Vergleich zu erwachsenen Müttern in anderen Studien gefunden worden.

Whiffen und Gotlib¹²⁵ verglichen 1993 die Symptomatik der Wochenbett-Depression mit Depressionen zu anderen Lebenszeitpunkten und fanden bei ähnlicher Symptomatik im Wochenbett eher *weniger schwere* Depressionen. Sie sprachen aufgrund ihrer Ergebnisse der Postpartum-Depression eine eigenständige Krankheitsentität ab.

Auch bei Evans und seiner Arbeitsgruppe ergab 2001 eine Studie mit 9028 Frauen in England, die mittels EPDS befragt worden waren, eher weniger Depressivität postpartal als präpartal¹²⁶. Josefson und Mitarbeiter fanden ebenfalls 2001 in Schweden bei 1558 Müttern sechs Wochen und sechs Monate postpartal weniger Depressivität¹²⁷ als in der 35. Schwangerschaftswoche, ausgenommen die ersten Tage unmittelbar nach der Entbindung. Die Hälfte der Frauen, die nach der Entbindung depressive Symptomatik aufwies, hatte dies auch schon während der Schwangerschaft getan.

Insgesamt ist aufgrund dieser Datenlage die auch wissenschaftseitig weit verbreitete Vorstellung erhöhter Prävalenzen depressiver Störungen sowohl im frühen als auch im späteren Wochenbett nicht aufrecht zu erhalten.

¹²¹ Eine Beschreibung des BDI befindet sich im Kapitel Methodik

¹²² 6. bis 9. Woche p.p.

¹²³ O'Hara (1989) und O'Hara et al. (1990)

¹²⁴ 20% „minor depression“ und 6% „major depression“

¹²⁵ Sie verwendeten den BDI und die Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

¹²⁶ Es waren auch die Mittelwerte ausgewertet worden. 8 Wochen p.p. erreichten 9,1% der Frauen einen Wert von 12 und mehr, in der 32. SSW hingegen 13,5%.

¹²⁷ Hier kam ein EPDS-cut-off von ≥ 9 zur Anwendung. In der 35. SSW lag die Prävalenz bei 17%, im späten Wochenbett bei 13%.

2.3.2. Ätiologische Konzepte

2.3.2.1. Endokrine Hypothesen

Die Erforschung der Hormone als physiologisches Kommunikations- und Regulationssystem des menschlichen Körpers begann Ende des 19. Jahrhunderts. Bereits zwischen 1929 und 1935 konnten die wichtigsten Geschlechtshormone isoliert werden¹²⁸. Besondere Aufmerksamkeit durch die Wissenschaft erfuhren die Hormone des weiblichen Körpers mit ihren damit verbundenen Funktionen¹²⁹. Mitte der 1950er Jahre gelangte ebenfalls der hormonelle Einfluss auf die Psyche in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. In diese Zeit fallen auch die ersten, schon erwähnten Publikationen über den „Baby-Blues“. Der wissenschaftshistorische Kontext ist offensichtlich¹³⁰: Durch die mittlerweile gut bekannten hormonellen Veränderungen im Körper der Frau nach der Geburt¹³¹ war nach den neuen Erkenntnissen der Endokrinologie ein Einfluss auf die psychische Verfassung der Wöchnerinnen geradezu erwartet¹³² worden. Es folgten über viele Jahrzehnte bis zum heutigen Tag etliche Versuche¹³³, die konkreten ursächlichen hormonellen Veränderungen zu identifizieren und den Bezug zu den Wochenbett-„Störungen“ kausal herzustellen. Die Ergebnisse dieser Studien waren uneinheitlich und widersprüchlich, verschiedenste Hormone und auch andere physiologische Stoffwechselprodukte wurden untersucht, u.a. Östrogene¹³⁴, das Gleichgewicht zwischen Östrogenen und Progesteronen¹³⁵, Oxytocin¹³⁶, Cortisol¹³⁷, Opioide¹³⁸, Thyroxin¹³⁹, aber auch z.B. Tryptophan¹⁴⁰.

¹²⁸ Eckart (2000)

¹²⁹ Oudshoorn (1994)

¹³⁰ Vgl. Stern/Kruckman (1983); Harkness (1987)

¹³¹ Parry (1995) hielt die neuroendokrine Achse der Frauen generell für anfälliger als die der Männer, die im Schnitt weniger zu Depressionen neigen und zitiert beispielsweise Hamilton (1991), der orale Kontrazeptiva als Depressionsauslöser identifiziert zu haben glaubte, und Endicott (1994), der eine Häufung von Depressionen bei Frauen in deren Lutealphase beobachtet hatte. Keiner der genannten Autorinnen und Autoren setzt sich ernsthaft mit der Frage auseinander, warum die „Hormone die einen Frauen überfallen, die anderen nicht“ (Romito, 1998). Parry ergänzt lediglich, dass Hormontherapie die Symptomatik reduziere, jedoch nicht beseitige.

¹³² Delius (2004) belegt in ihrer Arbeit diesen Mechanismus mit einem Beispiel aus der hochaktuellen gynäkologischen, internistischen und endokrinologischen Fachdiskussion zum Thema Hormonersatztherapie bei postmenopausalen Frauen: trotz seriöser Studien (u.a. der WHO), die alarmierende Ergebnisse zeigten, wurde diese Therapieform für breite Teile der weiblichen Bevölkerung weiterhin als gewinnbringend, ja sogar notwendig verteidigt, erst als mehrere Studien sogar die Schädlichkeit dieser mittlerweile weit verbreiteten Verschreibungspraxis über Jahre nachwiesen, revidierten die Fachgesellschaften ihre entsprechenden Empfehlungen nur sehr zögerlich und unter anhaltenden Rechtfertigungen; fast als könnten sie einfach nicht glauben, dass ihre zuvor unangefochtenen fachlichen Prämissen und die darauf basierenden hohen Erwartungen einfach nicht mit der Realität übereinstimmen „wollten“.

¹³³ Z.B. Dalton (1971), Ballinger et al. (1979), Hamilton/Harberger (1982/1992)

¹³⁴ Z.B. Feksi et al. (1984)

¹³⁵ Z.B. Lanczik (1994)

¹³⁶ Die früher weit verbreitete, mittlerweile hauptsächlich noch bei Sectio-Entbundenen übliche Praxis der postpartalen Oxytocin-Injektion sollte die Rückbildung der Gebärmutter unterstützen. Ferner war bekannt, dass Oxytocin bei weiblichen Ratten, die noch nie geboren hatten, mütterliches Verhalten induzierte und selbiges bei der versuchsweisen Antagonisierung nach der Geburt unterdrückte (Miller 1999).

Autoren, die die Hypothese der endokrinen Verursachung der Wochenbett-„Störungen“ verfochten¹⁴¹, waren dementsprechend auch häufig der Meinung, dass die affektiven Erscheinungen unmittelbar mit dem Geburtseignis verknüpft wären, was deren Spezifität betonen sollte. Hendrick fasst 1995 in einem Überblick¹⁴² zusammen, dass „wenig konsistente Ergebnisse“ vorlägen, er selbst spekuliert, dass Hormonspiegelquotienten eventuell bedeutsamer wären als die Spiegel selbst.

Im deutschsprachigen Raum forscht derzeit unter anderem Lanczik als Verfechter der endokrinologischen Hypothese, in einer seiner Arbeiten konnte er einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Östradiol-Progesteron-Quotienten und dem Mittelwert seiner Depressionsinstrumente¹⁴³ am fünften postpartalen Tag feststellen. 1992 bemängelte Lanczik in seiner Arbeit die immer noch fehlende Definition des „Blues“ und bezeichnet ihn – in Abgrenzung zur Postpartum-Depression – als „Pseudoneurasthenie“ oder einfach nur „Dysphorie“¹⁴⁴.

Auch in neueren Untersuchungen konnten gelegentlich Zusammenhänge zwischen den Hormonspiegeln im frühen Wochenbett beispielsweise von Serum-Allopregnolon¹⁴⁵ oder Serumtestosteron¹⁴⁶ und dem Auftreten von „Blues“ gefunden werden, es gibt aber auch in diesen Studien keinen Hinweis auf eine stringente kausale Verknüpfung: Selbst wenn der Zusammenhang an sich statistisch belegt werden kann, kann noch keine Aussage über die Richtung dieses Zusammenhanges getroffen werden: Mittlerweile wird dem Sachverhalt zusehends Rechnung getragen, dass Hormone zwar Stimmungen beeinflussen können, aber ebenso äußere Faktoren wie z.B. Stress Einfluss sowohl auf die Stimmung als auch auf die Hormonspiegel nehmen, und erwiesenermaßen nimmt die psychische Verfassung einer Person auch auf deren Hormonspiegel Einfluss¹⁴⁷.

¹³⁷ Z.B. Lanczik (1994)

¹³⁸ Paykel (1991)

¹³⁹ Z.B. Pop et al. (1991), Paykel (1991)

¹⁴⁰ Gard et al. (1986)

¹⁴¹ Hamilton (1992/1982) drückt sich in seinen Arbeiten wiederholt auffallend emotional bezüglich dieser These aus.

¹⁴² In den von ihm zusammengefassten Arbeiten wurden Progesteron, Östrogen, Cortisol, Schilddrüsenhormone, Endorphine, Prolaktin, Oxytozin und verschiedenen Neurotransmitter als direkte Spiegel sowie Stillen/Abstillen und Schlafentzug unter neuroendokrinologischen Gesichtspunkten untersucht.

¹⁴³ Er verwendet die Montgomery-Asberg-Depression-Rating-Scale und die Hamilton-Depression-Scale

¹⁴⁴ Lanczik (1992 und 1994) fordert interessanterweise – wie viele andere Autoren auch – die Trennung von „Blues“ und PPD, misst aber paradoxerweise den „Blues“ – wie ebenfalls bei anderen Studien üblich – mit Depressionsinstrumenten. Er findet daher eine abweichende Prävalenz von nur 28,5% für den „Blues“.

¹⁴⁵ Ein Progesteronderivat, das bei 40 Frauen am 3. Tag p.p. gemessen wurde. Der o.a. Zusammenhang war negativ, allerdings wurden keine präpartalen Referenzwerte erhoben und keine psychometrischen Tests im Zusammenhang mit diesen Hormonspiegeln validiert, so dass nicht ausgesagt werden kann, ob der Zusammenhang typisch für das Wochenbett ist. (Nappi et al., 2001)

¹⁴⁶ Hohlgschwandtner et al. (2001) bestimmten bei 193 Frauen in Wien den Testosteronspiegel am Ende der Schwangerschaft, am 1. und am 3. Tag p.p., und bestimmten parallel dazu jeweils die Stimmung der Mutter mit dem McNair Profile of Mood States. Der Testosteronspiegel hing zu allen Meßzeitpunkten signifikant mit Gefühlen wie „Ärger“ und „Depression“ zusammen, daraus wurde auf einen Zusammenhang mit der PPD geschlossen, die per definitionem aber zeitlich wesentlich später angesiedelt ist. Die Autoren machten sich nicht die Mühe, zwischen dem „Blues“ und der PPD zu differenzieren, auf eine Beschreibung der genauen Symptomatik wird verzichtet.

¹⁴⁷ Gitlin (1991) diskutiert dies ausführlicher. Lanczik (1994) konnte keinen linearen Effekt von Sexualhormonspiegeln auf die „Störungen“ nachweisen, er postuliert aufgrund der Erkenntnis, dass in seinen Arbeiten

Die moderne molekularbiologische Forschung bietet weitere Möglichkeiten. So testeten Bloch und Mitarbeiter¹⁴⁸ im Jahre 2000 die Hypothese, dass bei Frauen mit „besonderer“ Sensitivität für Geschlechtshormone sogar „normale“ endokrinologische Veränderungen eine depressive Episode auslösen könnten. Wieck und seine Gruppe postulierten 1991 eine erhöhte D2-Dopaminrezeptorsensitivität insbesondere bei psychotisch erkrankten Frauen¹⁴⁹. Die Frage nach der Genese der „besonderen Sensitivität“ blieb offen. Weitere Forschung zu immer spezielleren molekularbiologischen Fragestellungen scheint sich anzubieten, fraglich bleibt, ob die Problemstellung auf dieser Ebene angesiedelt ist und damit neue Erkenntnisse zugunsten einer reellen Weiterentwicklung der Forschung zu diesem Thema möglich sind. Diesbezüglich werden in naher Zukunft auch Entwicklungen auf dem Gebiet der noch eher jungen Forschungsrichtung der Psychoneuroimmunologie interessant sein, welche sich speziell den Wechselwirkungen zwischen der menschlichen Psyche und diversen endokrinen Mechanismen der menschlichen Physiologie und Pathophysiologie widmet.

Die klassische endokrinologische Ursachenforschung bezieht sich in erster Linie auf den „Baby-Blues“ bzw. unterscheidet wie o.a. nicht zwischen beiden Störungen oder, noch genauer gesagt, beschränkt ihre Tätigkeit weitgehend auf die Zeit des frühen Wochenbettes mit seinen gut fassbaren endokrinen Veränderungen. Rein auf den zeitlichen Aspekt bezogen „vernachlässigt“ sie die Postpartum-Depression schon alleine deshalb. Trotzdem behandeln einige Autoren auch die Postpartum-Depression unter dem endokrino-ätiologischen Gesichtspunkt: Pitt führte schon 1968 eine Studie¹⁵⁰ mit 305 Müttern durch, die er 6 bis 8 Wochen nach ihrer Entbindung befragte. Er betrachtete seine Diagnose der atypischen Depression, speziell nach Geburten in Erscheinung tretend, als spezifische, eben unabdingbar mit der Geburt verknüpfte „Störung“, weil die meisten seiner Probandinnen nach seinen Aussagen auch den „Blues“

schwangere Frauen am wenigsten Depressivität aufwiesen, eine antidepressive Potenz der Östrogene. Progesteron schrieb er eine anxiolytische Wirkung auf Benzodiazepin-Niveau zu, bei postpartal verstimmtten Frauen konnte er jedoch keine erniedrigten Spiegel finden. Auch Prolaktin, dessen Spiegel unter „Stress“ ansteigt, wies bei den von ihm untersuchten Frauen keine Verbindung zur Stimmung p.p. auf. Das Verhältnis Östrogene zu Progesteron war 24 h p.p. bereits wieder auf Zyklusniveau, auch hier ließ sich – wie schon bei Baeckström (1985) und Dennerstein/Burrows (1996) zuvor – kein Bezug zur Befindlichkeit nachweisen. Er folgert unter dem Hinweis auf die aktuelle neuroendokrinologische Forschung, dass über die Richtung des möglichen Einflusses von Hormonspiegeln und psychischen Zuständen weiterhin nichts ausgesagt werden könne und verweist weiterhin auf die von Stewart (1988) aufgezeigte Korrelation von supprimierten TSH- und überhöhten freien Thyroxin-Werten mit psychotischer Symptomatik. Ganz abgesehen davon nennt er Arbeiten, die das Phänomen der „Postadoptionsdepression“ beschrieben (Schorsch, 1971 und Augustin, 1976) – wobei eine ätiologische Rolle der Endokrinologie plausibelerweise ausscheiden muss.

¹⁴⁸ Sie versetzten acht Frauen ohne depressive Vorgeschichte und weitere acht Frauen, die schon an PPD gelitten hatten, durch die Applikation von GNRH-Analoga in einen Zustand von Hypogonadismus. Nach einiger Zeit substituierten sie zusätzlich die physiologischen Mengen an Geschlechtshormonen, die sie wiederum nach einer gewissen Zeitspanne verblindet durch Placebo ersetzten. 5 der 8 Frauen nach PPD und keine der Kontrollen zeigte signifikante Stimmungsveränderungen, zum Teil allerdings schon in der noch substituierten Phase, lediglich der Höhepunkt der Veränderungen lag in der Placebo-Phase. Die Autoren werteten dies als Bestätigung ihrer Annahme.

¹⁴⁹ Nach Lanczik (1994)

¹⁵⁰ Er nannte seine Arbeit „Atypical Depression following Childbirth“ und beschreibt damit – zusätzlich zu seiner zeitlichen Einordnung im späten Wochenbett und danach – genau das, was heute als „Wochenbett-Depression“ bezeichnet wird.

durchgemacht hätten und zusätzlich „neurotischer“ und „introvertierter“ wären als diejenigen Frauen, die nicht an einer Depression zu dieser Zeit gelitten hatten. Er hatte aber zusätzlich vergleichsweise hohe Scores in seiner Stichprobe bezüglich Depressionen in der Schwangerschaft gefunden, die nach der Entbindung *niedriger* ausfielen, er merkt diesen Umstand an, geht aber nicht weiter auf dieses Ergebnis ein und lässt auch keinen Einfluss dieser Erkenntnis auf seine Interpretation der „Störung“ erkennen.

Dalton versuchte 1971, bei 189 Müttern¹⁵¹ einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten des „Prämenstruellen Syndroms“ (PMS) und der Wochenbett-Depressionen – sie fand eine Prävalenz von lediglich 7% - herzustellen. Sie interpretiert ihre Ergebnisse dennoch im Sinne dieses Zusammenhanges, indem sie die betroffenen Frauen als „besonders sensibel auf hormonelle Veränderungen reagierend“ beschreibt. Woods untersuchte Frauen mit menopausalen Depressionen, die der Postpartum-Depression in Prävalenz¹⁵², Symptomatik und Benignität gleicht, er fand Korrelationen zwischen einer negativen Erwartungshaltung der Frauen in Bezug auf die Wechseljahre und der Depressivität sowie anderen Beschwerden.

In jüngerer Zeit gab es auch therapeutische Versuche innerhalb dieses Ansatzes: Gregoire und seine Arbeitsgruppe¹⁵³ konnten 1996 die Wirksamkeit von transdermal appliziertem Östrogen statistisch belegen. Lobenswert ist seine Diagnostik der Postpartum-Depression: sie erfolgte auf der Basis eines klinischen Interviews und wurde zusätzlich mit der *Edinburgh Postnatal Depression Scale* („dem“ EPDS) objektiviert und nachvollziehbar dokumentiert.

Es gibt etliche Autoren, die prinzipiell eine hormonelle Ätiologie der Wochenbett-„Störungen“ anerkennen, aber nicht als alleinige Ursache¹⁵⁴. Harris schreibt 1996, dass nach all der bereits erfolgten, intensiven Forschung nur „little evidence“ bestünde, dass ein simpler monokausaler Zusammenhang zwischen den objektivierbaren hormonellen Veränderungen einerseits und den vielfältigen zu beobachtenden psychischen „Störungen“ im frühen und späten Wochenbett hergestellt werden kann. Er vermutet weiteren Forschungsbedarf im Bereich der Neurotransmitter oder auf Rezeptor-Ebene.

¹⁵¹ Prospektiv wurden die Frauen ante- und postpartal befragt. Eine PPD lag vor, wenn die Kriterien „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ und „Unglücklichsein“ positiv ausfielen.

¹⁵² Er fand 15% postmenopausale Depressionen. und schrieb zur Erklärung, dass rein biologische Ansätze – beispielsweise durch die alleinige Durchführung einer Hormontherapie - dem Erfahrungszusammenhang der Frauen nicht gerecht werden: „menopause does not occur in cultural vacuum“. Brockington (1987) schließlich kennt wie Kendell (1984) und Kennerly (1986) das Phänomen des „Posthysterektomie-Blues“.

¹⁵³ Die Studie erfolgte prospektiv und doppelblind bzw. Placebo-kontrolliert, es wurden 61 Frauen untersucht

¹⁵⁴ U.a. Romito (1990) kritisiert den mechanistischen Reduktionismus dieses Diskurses auf „biologische Faktoren“, mit deren Beeinflussung Frauen wieder zum „Funktionieren“ gebracht werden sollen, akzeptiert aber mögliche hormonelle Einflüsse. O'Hara (1987) schreibt den Hormonen „kausale“, anderen Faktoren „assoziierte“ Funktion zu. Wieder andere Autorinnen und Autoren negiert endokrinologische Kausalität strikt: Nicolson (1998) bezeichnet diesen Ansatz als „traditional expert view“, die den Körper der Frau als „fehlerhafte, gelegentlich versagende Maschine“ begreife und somit die Frau und Mutter auf ihren funktionierenden oder nicht funktionierenden Körper reduziere. Sie betont den eindimensionalen und die Frau zugleich maximal abwertenden Aspekt einer solchen Sicht. Bornemann (1989) provoziert mit der Aussage, das Festhalten an der Hormontheorie erspare den Geburtshelfern das Nachdenken über das eigene Handeln.

2.3.2.2. *Evolutionsbiologische Hypothesen*

Haus- und Klinikgeburten wurden u.a. in den Niederlanden verglichen¹⁵⁵, wo sich aufgrund des in Europa vergleichsweise hohen Anteils an Hausgeburten von ca. 50% und der damit verbundenen „Normalisierung“ der Hausgeburt ein einzigartiges Betätigungsfeld für die Forschung auf diesem Gebiet auftut. Der Aspekt der *Medikalisierung* der Geburt als einen an sich „natürlich“ ablaufenden, evolutionär erfolgreichen Prozess hat ebendiese „Natürlichkeit“ und Selbstverständlichkeit im Umgang mit den damit verbundenen Geschehnissen in Frage gestellt und wurde auch speziell evolutionsbiologisch beforscht¹⁵⁶. Dem offensichtliche Profit für Mütter und Neugeborene aus dem medizinischen und hygienischen Fortschritt des 20sten Jahrhunderts zusammen mit allgemein verbesserten Lebensbedingungen in den industriell hoch entwickelten Ländern steht – damit einhergehend - eine umfassende Veränderung der Einordnung evolutionär erworbenen Mechanismen und Fähigkeiten zur Lebensgestaltung des Menschen gegenüber. Einfacher gesagt versuchten Arbeiten auf dieser Ebene dem Konzept des Menschen als hoch entwickeltem Säuger mit entsprechendem evolutionärem Erbe gerecht zu werden, da die grundsätzliche Annahme dieses Wissenschaftsgebietes in der Prämisse besteht, dass unter anderem auch menschliche Verhaltensweisen einer Evolution unterworfen waren und im Sinne von Adaptationsleistungen eines Organismus bzw. menschlichen Individuums an seine umgebenden Lebensbedingungen zu sehen sind. Als erfolgreich wird dies bewertet, wenn Erhalt und Verbreitung der eigenen genetischen Information gelingt, ein funktionalistischer Ansatz, demzufolge auch menschliches Verhalten immer das Erreichen eines bestimmten Zieles hat: Die überwiegende Mehrzahl der evolutionsbiologisch orientierten Autoren vertritt eine wie auch immer geartete adaptive Funktion der Postpartum-Depression. Schiefenhövel¹⁵⁷ dagegen betont, dass stets auch die Möglichkeit einer Pathologie ohne evoluierten Anpassungswert bedacht werden müsse.

Problematisch erscheint die Überprüfung solcher Hypothesen angesichts der vielfältigen heute bekannten Gesellschaften, von denen die wenigsten noch „evolutionärem Anpassungsdruck“ im klassischen Sinne ausgesetzt sind. Bezogen auf unsere eigene kulturelle Identität und unser Sozialverhalten als Angehörige industriell hoch entwickelter Industrienationen lässt sich dieser „im Nachhinein“ nicht mehr eindeutig beurteilen oder überhaupt beschreiben¹⁵⁸, da das „environment of evolutionary adaptedness“ nicht mehr in der früheren Form gegeben ist.

U.a. Tonge¹⁵⁹ betont die Möglichkeit einer evolutionär hergeleiteten Funktion der Postpartum-Depression angesichts der Tatsache, dass sie eine solch „very common disorder“ sei. Präziser werden weitere Arbeiten¹⁶⁰: Zwischen Mutter und Kind habe sich in dieser Zeit noch keine „echte Bindung“ entwickelt und deswegen sei die Mutter - „noch“ – in der Lage, Infan-

¹⁵⁵ Pop et al. (1995) fanden keinen Unterschied in der Prävalenz des „Blues“ zwischen beiden Kollektiven.

¹⁵⁶ U.a. Crouch (1990 und 1999), Schiefenhövel (1994, 1995 und 2002)

¹⁵⁷ Schiefenhövel (2006)

¹⁵⁸ Vgl. dazu Dammann (2002)

¹⁵⁹ Tonge (1986)

¹⁶⁰ Vgl. Thornhill/Furrow (1998) und Pinker (2002)

tizid zu begehen, wenn dies im Überlebensinteresse der Gruppe oder auch ihres eigenen Überlebensinteresses stünde. Die Postpartum-Depression wird dabei als „Hilfsmittel“ für die Mutter betrachtet, „Nutzen und Kosten“ ihres Einsatzes für ein spezielles Kind in einer gegebenen Situation gegeneinander abzuwägen. Dies konnte eben beispielsweise zur Kindstötung oder aber auch zu mehr Hilfe durch die soziale Gruppe aufgrund des appellativen Charakters der Depression führen¹⁶¹. Selbstverständlich wird diesen Theorien ein hypothetisches „ancestral environment“ zugrundegelegt.

Crouch schließlich geht in ihrer Arbeit von 1999¹⁶² auf die Möglichkeit des Verlustes der adaptiven Funktion der Depression durch die „Entfernung“ einer Gesellschaft aus ihrer „ursprünglichen Umgebung“ ein, gerade die Wochenbett-Depression werde als evolutionäre Anpassungsmöglichkeit heutzutage als fehlplaziert empfunden und überdies in ihrer Bedeutung unterschätzt.

Auf den Menschen als hochentwickelten Säuger gehen ebenfalls mehrere Autoren¹⁶³ unter dem Gesichtspunkt der „Laktationsaggressionshypothese“ ein. Ähnlich anderen „stillenden Säugern“ nähmen die Mütter durch die Depression eine Art Abwehrhaltung gegenüber Fremden und sogar Gefährten aus der eigenen „Herde“ ein, sie versuchten ihrem angeborenen Bedürfnis nach „Privacy“ in dieser Umbruchphase ihres Lebens, die für Beeinträchtigungen aller Art von Außen besonders anfällig sei, gerecht zu werden.

Schiefenhövel schließlich hält die Postpartum-Depression für dysfunktional und „unbiologisch“¹⁶⁴, er fragt nach den Faktoren in der modernen Gesellschaft, die das nach seiner Meinung existierende „natürliche Programm des Mutterwerdens und der Elternschaft“ soweit beeinträchtigen, dass es zu psychischen „Störungen“ im Wochenbett kommen kann bzw. muss. Er betont¹⁶⁵, dass stets auch im evolutionsbiologischen Diskurs die Möglichkeit einer Pathologie ohne evoluierten Anpassungswert bedacht werden müsse.

2.3.2.3. Mutter-Kind-Bindungs-Theorie

Da negative Auswirkungen der Postpartum-Depression auf die für das Kind in vielerlei Hinsicht essentielle Beziehung zur Mutter schon seit den Anfängen dieser Forschung eine Legim-

¹⁶¹ Hagen (1999)

¹⁶² Es kommt nach Crouch zur Depression, wenn ein Mensch den an ihn gestellten Anforderungen nicht gewachsen ist. In einer Zeit steigender Anforderungen steigt dementsprechend auch die Prävalenz der Depression. Steigende Ansprüche in Bezug auf das Dasein als Mutter sieht die Autorin unter anderem in der „Doppelbelastung“ als Mutter und Berufstätige, aber ebenso im auch gesellschaftlich wachsenden Anspruch, eine attraktive Sexualpartnerin ihres Partners zu bleiben. Wegen dieser Veränderung der „ursprünglichen Umgebung“ und z.B. weniger gegebenen Stillmöglichkeiten (beispielsweise beim Einkaufen, einer ganz und gar nicht archaischen Tätigkeit, die jahrtausendealte Beschaffungsmethoden des Menschen für seine Nahrung erst seit vergleichbar kurzer Zeit abgelöst hat) kommen auch die Bedürfnisse des Kindes zu kurz, dieses reagiert wiederum mit vermehrtem Schreien, was die Frau weiter belastet und das Auftreten von Depressionen wahrscheinlicher macht.

¹⁶³ Vgl. Hrdy (1999) und Odent (1994)

¹⁶⁴ Schiefenhövel (1994, 2002)

¹⁶⁵ Schiefenhövel (2005)

itation zur wissenschaftlichen, sprich „seriösen“ Befassung mit dem Thema darstellten, gibt es hierzu Arbeiten aus nahezu allen wissenschaftlichen Disziplinen. Basierend auf den Grundlagen der Psychoanalyse und der Verhaltensforschung hatte Bowlby 1969 die Bindungstheorie entwickelt, Ainsworth stützte diese 1978 durch prospektive Untersuchungen. Sie beschrieben das Bindungsstreben neben dem Sexual- und dem Nahrungstrieb als unabhängiges Überlebensmuster¹⁶⁶. Hartung und Hartung (1997) sowie Papousek (1984) beschrieben „Bonding“ als Prozeß¹⁶⁷, nicht als Ergebnis einer Art Prägephase, wie es von Bowlby¹⁶⁸ nach verallgemeinerten Beobachtungen aus dem Tierreich postuliert worden war.

Fleming und Mitarbeiter konnten 1990 zeigen, dass depressive Mütter einen und drei Monate nach der Geburt weniger affektiven Kontakt zu ihren Kindern zeigten als nicht-depressive Mütter. Allerdings nivellierte sich dieser Unterschied bis zum 18. Lebensmonat des Kindes. Brockington (1996) konnte dies bestätigen, auch die Art der Interaktion beschrieb er als abweichend. Zuvor hatten Robson und Kumar 1980 das Kontaktverhalten von Müttern gegenüber ihren Säuglingen – allerdings nicht speziell auf den Aspekt einer aufgetretenen Postpartum-Depression hin – untersucht. Obwohl 40% der von ihnen befragten Mütter eine anfängliche „Indifferenz“ gegenüber dem Kind angegeben hatten, korrelierte dies nicht mit den späteren emotionalen Beziehungen zum Kind. Crouch schließlich postulierte Zusammenhänge zwischen der Wochenbett-Depression und einem negativ beeinträchtigten Bindungsprozeß, wies aber auf die Problematik einer möglichen gegenseitigen Kausalität mit ungeklärter Richtung hin¹⁶⁹.

Murray und Cooper fassten 1996 verschiedene Untersuchungen zusammen und wiesen insgesamt nach, dass das Auftreten einer Postpartum-Depression einen negativen Einfluss auf die kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern bis zum Alter von 18 Monaten hatte. Dieser Zusammenhang konnte im Alter des Kindes von 5 Jahren und mehr nicht mehr reproduziert werden

2.3.2.4. Psychiatrisch-therapeutische Ansätze

Vor allem Psychiaterinnen und Psychiater begegneten der Wochenbett-Depression schon immer eher mit pragmatischen, von Gesichtspunkten der Therapierbarkeit geleiteten Vorstellungen. Nicht die möglichen Ätiologien und deren Gewichtung oder Bestätigung respektive Wi-

¹⁶⁶ Nach Bretherton (1995). Vgl. auch Chamberlain (1997)

¹⁶⁷ - mit der Mindestdauer von etwa einer Woche – andere Autorinnen und Autoren dehnen die Zeitdauer wesentlich aus, z.B. Crouch (2000): Bonding sei kein *emotional quickfix*.

¹⁶⁸ Nach Papousek (1984)

¹⁶⁹ Crouch (2000) bezeichnete die PPD und Bondingschwierigkeiten als „zwei Aspekte des gleichen Problems“, nämlich als angepasste Antwort der Mutter auf Überforderung, und beschrieb das Kind zudem als aktiven Bonding-Partner. Ferner betonte sie die Bedeutung dieses Prozesses in Verbindung mit der gesellschaftlichen Verantwortung für sein Gelingen: Eine erfolgreiche Mutter-Kind-Beziehung benötige gesellschaftliche Hilfe und Aufmerksamkeit.

derlegung standen im Vordergrund, sondern das Ziel, den betroffenen Müttern und ihren Angehörigen *akut* zu helfen.

Dazu war zu allererst eine sichere, quantifizierbare und reproduzierbare Diagnosestellung notwendig. Cox, Holden und Sagowsky (1987) gingen davon aus, dass 10-15% der Wöchnerinnen eine depressive Episode in der Zeit nach ihrer Entbindung erlitten. Außerdem schrieb man der Postpartum-Depression insgesamt einen günstigeren Verlauf als sonstigen Depressionen zu, bis auf die Rezidivgefahr nach weiteren Entbindungen galt sie oftmals als eher von neurotischen Komponenten geprägt, aber weniger drastisch und kürzer im meist „selbstlimitierenden“ Verlauf¹⁷⁰. Bernazziani (1997) wiederum betonte später im Gegensatz dazu die Assoziation *gleicher* Einflussfaktoren für Postpartum-Depression und Depressionen zu anderen Lebenszeitpunkten.

Die Gruppe um Cox entwickelte die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) zunächst mit dem Ziel der sekundären Prävention der Postpartum-Depression bei schon einmal betroffen gewesenen Müttern. Dieser Fragebogen war speziell auf die Situation heutiger Mütter im Wochenbett zugeschnitten und entwickelte sich schnell zu einem oft genutzten Screening-Instrument¹⁷¹, der ab einem gewissen Summenwert das Vorliegen einer klinisch relevanten Depression wahrscheinlich machte. Die Autoren betonten, dass der EPDS eine fachärztlich-klinische Diagnose nicht *ersetzen* könne, Holden schlug die Einführung eines *postnatal health visitors* vor, der alle frisch entbundenen Mütter mittels EPDS untersuchen sollte und die Diagnose gegebenenfalls klinisch verifizieren und eine Therapie einleiten sollte. Andere aber, wie Bergant und Mitarbeiter, wollten den EPDS schon ab dem fünften (!) postpartalen Tag einsetzen¹⁷², da sie von einem starken Zusammenhang zwischen „Blues“- und PPD-Symptomatik ausgingen und möglichst früh danach suchen wollten.

Es mehrten sich aber auch Stimmen, die den EPDS kritisch bewerteten. Guedeney gab zu bedenken, dass dieser Test bei zwei konkurrierenden derzeitigen Depressions-Modellen für eines ungenügend sensitiv wäre¹⁷³. Ballestrem, Strauß und Kächele schließlich empfahlen

¹⁷⁰ Pitt (1969) nannte den Verlauf „atypisch“ und fügt noch die verringerte Libido als Kriterium für das Vorliegen einer PPD hinzu; Riecher-Rössler (1997), Lanczik (1994) bezeichnete gerade die leichteren „Befindlichkeitsstörungen“ als durchaus auch bipolar, also mit euphorischen Komponenten, verlaufend und betonte die neurotischen Komponenten sehr, Herz nach Köglberger (2000/1) postuliert einen „Erschöpfungszustand“ der Wöchnerinnen, der „neurotischen Einstellungen zum Durchbruch“ ver helfe. Nach Biermann (1993) erleben Frauen generell sowohl mehr neurotisches (68%) als auch depressives Leiden als Männer, sie postuliert die sich dadurch offenbarende Notwendigkeit differierender Ausdrucksformen von Leiden für Frauen und Männer. Hilsenbeck et al. (1993) beschreibt depressive Psychodynamik als unbewusste Verlustphantasie, bei „geglückter Sozialisation“ decke sich die weibliche Persönlichkeit mit der neurotischen Persönlichkeit. „Befindlichkeitsstörungen“ würden fast ausschließlich bei Frauen diagnostiziert, bedeuteten das Ausleben der „gelernten Hilflosigkeit“ und deuteten auf ein „riesiges Ausmaß schwelender Probleme bei Frauen hin, die auf kleiner Flamme gekocht“ würden.

¹⁷¹ Eine ausführliche Beschreibung dieses Instruments erfolgt im Kapitel 3.2.3.1 (Der „Sechs-Wochen-Fragebogen“ / Standardisierte Instrumente)

¹⁷² Bergant et al. (1999)

¹⁷³ Guedeney (2000) trennt eine Symptomengruppe mit Dysphorie, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Irritabilität, *loss of interest* und *loss of pleasure* einerseits von Appetitmangel, Schlafstörungen, *loss of energy*, psychomotorischer Retardierung, Schuldgefühlen, Konzentrationsstörungen und *loss of pleasure* andererseits. Letzere Symptome erfasse der EPDS nicht ausreichend. Cox (1994) hält dagegen, dass „alle normalen Geburtsumstände“ absichtlich nicht berücksichtigt worden seien, führt diese aber nicht explizit aus.

2001 ein longitudinales Screening-Modell zur Identifizierung der Postpartum-Depression unter dem Einsatz verschiedener Fragebögen¹⁷⁴.

Es lag des weiteren nahe, den Einfluss einer intensiven ante- und postnatalen Betreuung auf die Postpartum-Depression zu untersuchen: Intensiver betreuten Frauen zeigten sich in manchen Studien allgemein zufriedener als die Frauen der Vergleichsgruppen, schienen aber nicht weniger anfälliger für psychische Störungen zu sein¹⁷⁵. In einer anderen Arbeit waren sie allgemein nicht „gesünder“ als Frauen mit keiner speziellen Betreuung¹⁷⁶, jedoch signifikant psychisch gesünder (EPDS und *Symptom Checklist*). Da sich die zeitliche Intensität der Betreuungsbesuche in beiden Gruppen nicht wesentlich unterschied, sind die Unterschiede eher in der Qualität der Betreuung zu suchen. Klier (1997) hält explizit die Gruppentherapie der medikamentösen Therapie für ebenbürtig oder sogar überlegen, da er der sozialen Isolation der Betroffenen einen zusätzlichen Leidensdruck zuschreibt. Die Wirksamkeit medikamentöser Therapie mit klassischen Antidepressiva ist unumstritten¹⁷⁷, die Schlussfolgerungen daraus auf eine organische Genese aufgrund der Vielzahl der Einflussfaktoren jedoch sehr¹⁷⁸.

2.3.2.5. Kulturübergreifende und ethnologische Forschung

Die Literatur zur Befindlichkeit von Müttern im Wochenbett umfasst neben den bereits vorgestellten Studien im euro-nordamerikanischen Kontext viele, zum Teil Kultur vergleichende Untersuchungen in nicht-westlichen oder weniger industrialisierten Gesellschaften. Einerseits widmen sich beispielsweise Ethnologen und Anthropologen der rituellen Strukturierung des Wochenbettes¹⁷⁹ und jeweils im lokalen Kontext vorkommenden Befindlichkeiten sowie den damit verbundenen „Störungen“, jedoch werden die Kategorie der „affektiven Störungen“ der modernen „westlichen“ Biomedizin in anderen Kulturen keineswegs so beschrieben und suchen andererseits in dieser Tradition der Biomedizin stehende Wissenschaftler in verschiede-

¹⁷⁴ 6-8 Wochen p.p. sollte ein erstes, bei auffälligen Werten ein zweites Screening nach 9-12 Wochen mit dem EPDS durchgeführt werden. War beides auffällig, wurden der BDI und der HAMD (*Hamilton Depression Scale*) empfohlen. Für den EPDS wurde auch hier ein cut-off von 9,5 vorgeschlagen.

¹⁷⁵ Buist, Westley und Hill (1999) untersuchten die präventive Wirkung verschieden intensiv gestalteter Geburtsvorbereitungskurse an 23 Frauen; Morell et al. (2000) befassten sich mit der Frage, ob 10 Wochenbettbesuche zuhause einen gesundheitlichen oder gesundheitsökonomischen Vorteil für die Frauen mit sich bringen könnte.

¹⁷⁶ MacArthur et al. (2002) untersuchten 2064 Wöchnerinnen in randomisierten Gruppen. In der Interventionsgruppe betreuten zuvor speziell ausgebildete Hebammen die Frauen, in der Kontrollgruppe wurden sie von herkömmlich ausgebildeten Hebammen betreut.

¹⁷⁷ Hilsenbeck (1993) weist auf den überproportionalen Konsum von Tranquilizern und Antidepressiva von Frauen im Vergleich zu Männern hin (2:1 bzw. 8:1) und zieht Parallelen zwischen zunehmender Medikamentenabhängigkeit und der Abhängigkeit von der Medizin insgesamt als Langzeitfolge. Die Wirkung von Antidepressiva schreibt er maßgeblich auch dem Effekt des „sich ernst genommen Fühlens“ der therapierten Frauen zu.

¹⁷⁸ Romito (1990)

¹⁷⁹ Kruckmann (1995) bemängelt das Fehlen einer spezifischen Wochenbettkultur in den industrialisierten Gesellschaften abseits der ritualisierten biomedizinischen Betreuung der Frauen und Kinder, die die Unsicherheit aller Beteiligten „bekämpft“. Er beschreibt den Grund für die Erfordernis von schützenden Ritualen in der „besonderen Vulnerabilität“ der Mutter, des Kindes und der Gesellschaft in dieser speziellen „Wiedereingliederungsphase“, die er mit der „Erholung“ von der Geburt gleichsetzt.

nen Kulturen nach ihrem Bild der affektiven Störungen, um vielfältige Vergleiche zu ziehen. Nicht nur, aber ganz besonders für psychische „Krankheiten“ fehlt die Vergleichbarkeit der verschiedenen Krankheitsmodelle. Depressionen äußern sich in jeder Kultur mit vielfältigster, auch somatischer Symptomatik, dieses kann heutzutage als vielfach belegtes und allseits anerkanntes auch medizinisches „Grundwissen“ gelten¹⁸⁰. Auch der Begriff *culture bound syndrome* gehört als Bezeichnung für bestimmte Krankheiten und Symptome, die nur in bestimmten Gesellschaften¹⁸¹ beobachtet werden, zu den gut dokumentierten und allgemein anerkannten Phänomenen menschlichen Verhaltens. Die transkulturelle psychiatrische Forschung macht auch immer wieder deutlich¹⁸², wie sehr unsere Vorstellungen und scheinbar objektiven Krankheitskonzepte durch ganz bestimmte Traditionen der Erkenntnisgewinnung in einem festen, kultur- und sozialhistorischen Zusammenhang eingebunden und entstanden sind - und noch weiter im Entstehen begriffen sind.

Speziell der „Babyblues“ wurde beispielsweise von Davison 1972 in Jamaica und von Rhode und Mitarbeitern 1997 in Brasilien untersucht. Mit der Wochenbettbfindlichkeit im Allgemeinen befassten sich zum Beispiel Cox 1979 (a und b) in Uganda und Schottland, Benvenuti et al. 1999 in Italien, Engindeniz 1996 in der Türkei, Harris 1981 in Tansania, Aderibigbe und Mitarbeiter 1993 in Nigeria, Cooper 1999 in Südafrika, Ghubash und Abou-Saleh 1997 in Dubai, Dankner und Mitarbeiter in Israel und Lee 1998 in China. Es gibt zahllose weitere Arbeiten, die Auswahl der Beispiele erfolgte willkürlich. Einige Arbeiten¹⁸³, darunter mehrere der gerade genannten, validierten den EPDS in verschiedensten Sprachen, so dass dadurch schon für die nähere Zukunft Hoffnung auf besser vergleichbare Forschungsergebnisse besteht. Die Symptomatik und die Ergebnisse im Einzelnen zu schildern erlaubt der Umfang der vorliegenden Arbeit nicht, bei Delius¹⁸⁴ kann im Sinne unserer Studie eine genauere Literaturanalyse zu diesem Thema eingesehen werden.

¹⁸⁰ Vgl. Kleinmann (1987), Kruckmann (1995) hält „biologische“ und „kulturelle Systeme“ für *interdependent*, Gesundheit und Krankheit auch als individuelle Erfahrung sind für ihn zu wesentlichen Teilen sozial und kulturell definiert, explizit in der PPD-Forschung hält er diese kulturellen Muster für zu wenig beachtet. Cox (1996 und 1999) nennt als Grund für die „Vernachlässigung“ der transkulturellen PPD-(und „Blues“-) Forschung den einseitigen Blickwinkel der endokrinologisch dominierten Ansätze. „Kultur“ definiert er als „Summe des gelernten Wissens, das eine Gesellschaft von einer anderen unterscheidet“ und begrüßt, dass die soziale Anthropologie zunehmend ernst genommen werde. Der Geburt als solcher werde in westlichen Kulturen ein „dubioser Status“ zugewiesen, was die Ambivalenz der Psychiatrie gegenüber den „Befindlichkeitsstörungen“ im Wochenbett erkläre. Wie auch andere fand er die PPD unter verschiedener Symptomatik in allen untersuchten Kulturen.

¹⁸¹ Z.B. *Susto* - krankheitsauslösender Schreck - in Südamerika oder *Amok* - plötzliche Attacken von Männern auf Menschen, Tiere oder Dinge - in Malaysia. Für das „afrikanische“ Konzept der Depression schrieb Cox (1983) über das vollständige fehlen von „Schuldgefühlen“, welche bei uns ein wichtiges Merkmal für Depressivität darstellen. Schiefenhövel (1994) schätzt die Erfassung der „Binnensicht“ einer Kultur für Außensehende als äußerst problematisch ein: „Wir wissen wenig und stören viel.“

¹⁸² U.a. Obrist van Eeuwijk (2003)

¹⁸³ Auch z. B. Aydin et al. (2004) in der Türkei, Carpinello et al. 1997 ebenfalls in Italien, Bergant et al (1998) für deutschsprachige Länder, und schließlich Clifford (1999) für Cross-Culture-Studien allgemein (nach Delius 2004)

¹⁸⁴ Dissertation 2004

2.3.2.6. Modelle aus den Sozialwissenschaften (Psychologie, Soziologie und Humananthropologie)

Der empirisch-intuitiv¹⁸⁵ vielseitig erfahrbare Einfluss von psychosozialen Faktoren wie Partnerschaft, beruflicher Werdegang, kritischen Lebensereignissen, erfahrener praktischer und emotionaler Unterstützung und Selbstbestätigung, kulturell geprägten Persönlichkeitsfaktoren und solchen unklarer Herkunft sowie soziodemografischer Daten im Gesamten auf die Postpartum-Depression wurde ebenfalls Gegenstand zahlreicher Arbeiten¹⁸⁶.

Der Übergang in der weiblichen Biografie zur „Mutter“ und die damit verbundenen Rollenzuweisungen und Selbstbildnisse bzw. subjektiven Bewertungen durch die Gesellschaft, das engere soziale Umfeld und nicht zuletzt auch durch die Frau selbst, natürlich wiederum nicht unabhängig von vorgenannten Einflüssen, war und ist zentraler Bestandteil solcher Fragestellungen und Hypothesen. Schon Kane und Mitarbeiter¹⁸⁷ stießen 1968 in einer Studie mit weißen und farbigen Frauen in den USA auf Schwierigkeiten in der Interpretation psychosozialer Faktoren, weil sie sich nicht genügend mit den speziellen Lebensumständen der farbigen Bevölkerung, aus der ihre Stichprobe stammte, auseinandergesetzt hatten, was bei der Interpretation der Daten unter anderem in „difficulty in communicating and uncertainty about their educational status“ mündete.

Yalom bezeichnete 1968 den Leidensdruck der betroffenen Frauen aufgrund beispielsweise des beruflichen und persönlichen Identitäts- und Autonomieverlustes schlicht als „emotional discontrol“, noch 1983 setzt Nijs entsprechend nach: Er postuliert eine „unnatürliche Entfremdung der Frau“ von ihrem Körper und dessen „natürlichen“ Funktionen¹⁸⁸, unter anderem aufgrund der gesellschaftlichen Folgen der Emanzipationsbewegung, welche das Risiko für psychische Störungen aufgrund eines „psychovegativen Überlastungssyndromes“ erhöhe. Köglberger (2000/1) bezeichnet „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression als „Hilferuf“ der überforderten Mutter, die sowohl rituell als auch konkret unzureichend unterstützt wird. Ferner spricht sie den psychologischen Integrationsprozeß eines in der Schwangerschaft noch „idealen“, ungeborenen Kindes an, das nach der Geburt durch das „reale“, jetzt geborene Kind ersetzt werden müsse. Ähnliches postulierte Mutryn 1993 für das „reale“ Geburtserlebnis in Bezug auf das erwartete oder erhoffte, je stärker diese jeweils differierten, desto mehr

¹⁸⁵ Zur Problematik psychologischer Forschung merkt Gillett 1995 an, dass die Psychologie verzweifelt versucht habe, unpersonelle Wörter und Begriffe zu finden und zu verwenden, um „das Menschliche“ aus dem menschlichen Verhalten, dessen Wissenschaft sie ja zu sein beanspruche, herauszuhalten (zugunsten der geforderten „Objektivität“).

¹⁸⁶ Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990), Kneuper (2004/5), Köglberger (2000/1), Fleming (1990), Klier (1997), Gier (1997), Knight (1987), Chalmers/Chalmers (1986), Hall (1996), Mutryn (1993), Kästner (1999) u.v.m.

¹⁸⁷ Auch sie gingen grundsätzlich von einer endokrinen Komponente der Wochenbett-„Störungen“ aus, rückten aber die psychosozialen Faktoren in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen.

¹⁸⁸ Angst vor der Geburt beispielsweise ist seiner Auffassung nach per se pathologisch und Frauen, die die Geburt negativ erleben, „in ihrer weiblichen Entwicklung gestört“. Den „BB“ interpretiert er als *tender loving care*, dieser „Zustand höchster emotionaler Sensivität“ ermöge den „außerordentlichen“ Kontakt einer Mutter zu ihrem Neugeborenen.

Kraft benötigten die Mütter, diese Verarbeitung zu leisten, und desto eher litten sie unter „Befindlichkeitsstörungen“ und Depressionen.

Da der Schwerpunkt der Untersuchungen häufig allein auf der Suche nach den Ursachen der psychischen Wochenbett-„Störungen“ lag, stellte das Wochenbett meist den ersten Untersuchungszeitpunkt dar. Die wenigsten Autoren zogen vergleichbare Kontrollgruppen heran oder bildeten diese gar selbst. Auch die Prämisse eines Anstiegs der psychischen Krankheiten im Wochenbett allgemein, verglichen mit nicht kürzlich entbundenen Frauen der selben Grundgesamtheit, wurde meist kritiklos übernommen.

Die meisten innerhalb dieses Ansatzes arbeitenden Autoren sprechen sich explizit gegen eine hormonelle Genese der „Befindlichkeitsstörungen“ aus, ohne innerhalb ihres dafür¹⁸⁹ nicht geeigneten Fachgebietes diesbezüglich schlüssige Beweise oder Gegenbeweise erbringen zu können, da sie üblicherweise parallel keine Hormonbestimmungen durchführten.

Ein schlüssigeres Argument, endokrine Hypothesen in Frage zu stellen, lieferte die Forschung an Vätern¹⁹⁰ und sogar Großeltern¹⁹¹, die nach der Geburt ihres Kindes respektive Enkelkindes ebenfalls Symptome einer Postpartum-Depression entwickelten.

Jedoch wurde die Wochenbett-Depression auch in den eher geisteswissenschaftlichen Fächern überwiegend als speziell weibliches „Problem“ behandelt: 1980 stellten Paykel und seine Arbeitsgruppe die Wochenbett-Depression bei Müttern in ausführlichen Zusammenhang mit biografischen Ereignissen und der Unterstützung durch das soziale Umfeld anhand von Befragungen, die sechs Wochen p.p. erfolgten und mittels eigener Depressionsfragebögen durchgeführt wurden. Sie fanden Zusammenhänge zwischen der Postpartum-Depression und belastenden Lebensereignissen, früheren psychiatrischen Erkrankungen, mangelnder sozialer Unterstützung, schlechten Partnerbeziehungen und *jüngerem* Lebensalter.

Wie eingangs bereits erwähnt, untersuchten vor allem sozialwissenschaftlich orientierte Autorinnen und Autoren¹⁹² die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Mutterschaft schlechthin stattfindet und von denen sie nicht unabhängig definiert werden kann. Das ausschlaggebende Gewicht, das den „circumstances“ in solchen Arbeiten beigemessen wurde, ließ Chalmers und Chalmers 1986 dafür plädieren, die Postpartum-Depression besser „maternal depression“ zu nennen, da sie die Ursache der Postpartum-Depression mehr noch als in den die Geburt und

¹⁸⁹ D.h. für medizinische Untersuchungen und Beweisführungen. Keinesfalls soll anderen, „nicht-medizinischen“ Fachgebieten die Forschungskompetenz zu diesem Thema abgesprochen werden, im Gegenteil sind die einzelnen Wissenschaften – vor allem die Medizin, die sich in besonderem Maße dem Anspruch ausgesetzt sieht, ihren Beitrag zur Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit des Menschen zu leisten – auf eine fachlich hoch qualifizierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen, wenn nicht vermieden werden soll, was bisher schon oft in erkenntnistheoretische „Sackgassen“ münden musste: Dass eben diese Zusammenarbeit aufgrund offensichtlicher Abgrenzungsbedürfnisse der einzelnen Fachgebiete untereinander nicht erfolgte.

¹⁹⁰ Vgl. Kapfhammer/Mayer (1994); Matthey et al. (2000) untersuchten 157 Paare: bei den Vätern trat eine typische PPD zwar insgesamt seltener auf als bei den Müttern, unterschied sich aber nicht in der Symptomatik, Romito (1990)

¹⁹¹ Vgl. Asch/Rubin (1974)

¹⁹² U.a. Affonso/Arizmendi (1986) und Arizmendi/Affonso (1987), Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990a, b und 1999)

Schwangerschaft unmittelbar begleitenden Umständen in der sozialen Mutterrolle und deren umfassenden Erfordernissen an die einzelne Frau sahen¹⁹³. Hall schreibt 1996, dass depressive Mütter mehr *stressful life events* ausgesetzt seien, ohne die Richtung des Zusammenhanges näher zu diskutieren. Er unterscheidet aber positive und negative Auswirkungen von „Stress“ auf das Selbstbewusstsein, nur letzteren kommt seiner Meinung nach ein prädiktiver Wert zu. Als „chronischen Stress“ bezeichnet er ökonomische Zwänge, mangelnden beruflichen Erfolg, Rollenüberforderung und interpersonelle Konflikte. Diesen alltäglichen Stressoren schreibt er einen größeren Einfluss auf die Depressivität zu als besonders negativen Einzelereignissen.

Solche weniger radikalen Ansichten ordnen auch die Postpartum-Depression als eine Art *post-traumatic stress disorder* im Sinne eines „general life conflict“¹⁹⁴ ein, die speziell Frauen mit „eingeschränkten adaptiven Fähigkeiten“ und bzw. oder „zu hohen Erwartungen“ und daraus resultierenden Insuffizienzgefühlen betrifft. Diese Autorinnen und Autoren befassen sich mit dem gesellschaftlichen „Ideal der mütterlichen Selbstaufgabe“ und stellen die Verbindung zwischen hohen persönlichen Erwartungen der Frauen selbst und ihres Umfeldes an sie zum „Blues“¹⁹⁵ und zur Postpartum-Depression¹⁹⁶ dar.

Einen scheinbar paradoxen¹⁹⁷, aber dennoch realen Autonomieverlust diskutieren ebenfalls zahlreiche Arbeiten, zusammen mit anderen Defiziten wie intellektueller und sozialer Vereinamung, unbefriedigender Sexualität, Gesundheitsproblemen durch Schwangerschaft und Entbindung, persönlichen Komforteinbußen und niedrigerem sozioökonomischen Status.

Während Nicolson und Romito in ihren Arbeiten¹⁹⁸ oben genannte Ansätze konsequent weiterdenken und folglich den Krankheitswert und das gesamte Konzept der Wochenbett-

¹⁹³ Auch Romito (1990) gibt bezüglich des gesamten Konzeptes der Wochenbett-„Störungen“ zu bedenken, dass Mütter generell depressiver seien als Nicht-Mütter: Sie nennt eine Arbeit, in der 42% der untersuchten Frauen mit Kindern unter 6 Jahren und niedrigem Sozialstatus depressiv waren. Beide Arbeiten sprechen vom „unerreichbaren Muttermythos“, der problematischerweise auch und gerade in den Selbsthilfegruppen aufrecht erhalten werde. Biermann (1993) schildert das „Selbstverstärkerprinzip“ der Depression, welches aus den gesellschaftlichen Ansprüchen gerade an Frauen erwächst: Depressive Frauen und erst recht Mütter fühlten sich als „Last“ für ihre Umgebung, die einen „Anspruch“ darauf habe, sie glücklich zu sehen, begriffen sich als durch die Krankheit entwertet, neigten zur Eigenanklage und gerieten ob dieser „verzweifelten“ Situation erst recht in Verzweiflung.

¹⁹⁴ Z.B. Merritt (2001); Lyons, Allen und Mandy (jeweils 1998) nach Nicolson (1998)

¹⁹⁵ Hartung/Hartung (1997)

¹⁹⁶ Fleming (1988 und 1990) schreibt, dass bei vielen Müttern bis über den 18. Lebensmonat des Kindes ein konsistent negatives Selbstbild als „schlechte Mutter“ gefunden werden kann, Gier (1997) bestätigt in Übereinstimmung beispielsweise mit Romito (1990 und 1999), dass Frauen „um den Titel perfekte Mutter konkurrieren“.

¹⁹⁷ Gillett (1995) schreibt, dass Mutterschaft einen Zuwachs, ein „mehr“ impliziere, in Wirklichkeit zunächst aber mit Verlust und der dazugehörigen Trauerarbeit einhergehe. Er sieht die Gefahr des vermehrten Auftretens von Befindlichkeitsstörungen und Depressionen, wenn diese „Umwandlung“ von den Frauen nicht geleistet werden kann, weil der Verlust gesellschaftlich negiert wird. Vgl. auch Gier (1997), der allerdings für die Anerkennung der PPD als echte Krankheitsentität plädiert, weil die betroffenen Frauen sonst nicht auf gesellschaftliches Verständnis hoffen dürften und in ihrer „Unfähigkeit“ stigmatisiert würden.

¹⁹⁸ Oakley (1979), Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990 und 1999) und Kneuper (2004/5) halten die regulären Lebensumstände der Frauen und die problematische weibliche Sozialisation für die Ursache der Nicht-Integration von Gefühlen und Erfahrungen in deren eigene Biografie („Frau sein = krank sein“). Die Etikettierung dieser Dilemmata als Krankheit diene nicht deren Auflösung, sondern deren Festigung und Fort-

„Störungen“ in Frage stellen, betonen andere Autorinnen und Autoren¹⁹⁹ den Vorteil des Labels einer „echten“ Krankheit für die Frauen selbst. Beiden Richtungen gemeinsam ist das Anliegen, den Leidensdruck der Frauen unter besonderer Berücksichtigung von Versagens- und Schuldgefühlen zu verringern oder gar aufzulösen. Nicolson weist in ihrer Arbeit von 1998 auf einen Vergleich von entbundenen Frauen, Patientinnen nach einer nicht-gynäkologischen Operation und Studentinnen unter Stress hin. Sie schlussfolgert aus der jeweils identischen Symptomatik, die in allen drei Gruppen unter vollständig verschiedenen Voraussetzungen aufgetreten war, dass die Postpartum-Depression „not necessarily postpartal and not necessarily depression“²⁰⁰ sei, sondern eine „normale Erfahrung normaler Frauen“ – unter ganz speziellen Umständen gemacht²⁰¹. Als gut belegt gilt, dass in industrialisierten Gesellschaften die Diagnose „Depression“ zu zwei Dritteln Frauen betrifft und die weibliche Sozialisation eine anerkannte Mitursache von Depressivität darstellt²⁰². Bezieht man in ätiologische Überlegungen die Tatsache mit ein, dass Frauen in besonderem Maße vor allem häuslicher Gewalt und sexueller Traumatisierung ausgesetzt sind²⁰³, bekommt die Bewertung der vielfältigen Symptomatik von „Befindlichkeitsstörungen“ auch und gerade im Wochenbett neue Dimensionen.

2.3.3. Aktueller Stand der Diskussion um „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression

schreibung. Sie sprechen sich gegen die Etablierung „technischer Vulnerabilitätsfaktoren“ aus, da es die gesellschaftlichen, kulturell und sozial bedingten Faktoren seien, die einer Änderung bedürften, nicht die Frauen selbst und ihre Empfindungen. Gerade in modernen, „liberalen“ Gesellschaften werde nach Jeffrey Pearson vor allem von der Norm abweichendes Verhalten als „Krankheit“ klassifiziert und diesem damit ein „Platz“, meist am Rande der Gesellschaft, angewiesen. Oakley schreibt: „PPD is not a scientific term, it mystifies social and medical factors which *produce* unhappyness.“ Nicolson bezeichnet die PPD als „a normal healthy response to a serie of losses“. Romito stellt rhetorisch-provokativ die scheinbar unsinnige Frage, was eine „psychisch gesunde Frau“ denn überhaupt sei und fasst zusammen: „adaption to motherhood really means adaption to its culturally defined duties.“

¹⁹⁹ Brockington (1996), Gier (1997)

²⁰⁰ *depression* meint hier das psychiatrische, biomedizinische Konzept von Depression.

²⁰¹ „PPD is constructed via a meaning shared and understood by both (Untersucher und Frau, Anm. d. V.)“: Die Funktion der Krankheit besteht für die Autorin in der Ermöglichung der Distanz zu den eigenen Gefühlen sowohl der „Profis“ als auch der „Betroffenen“. Auf den zugrunde liegenden Mechanismen der Verunsicherung und der Pathologisierung weiblicher Erfahrungen wird im Abschnitt zur Medikalisierung der Geburt eingegangen.

²⁰² NAM (National Institut of Mental Health, 1993/99). Die Hauptanfälligkeit für Frauen scheint zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr zu liegen, Männer und Frauen weisen die gleiche Symptomatik auf. Nicolson (1999) merkt an, dass „Weiblichkeit“ über den „Wert“ der Frau für Männer, Kinder und Gesellschaft definiert wird, nicht über statistische Durchschnittsmerkmale einer weiblichen Grundgesamtheit, welche an sich schon nicht unproblematisch zu definieren wäre. Selbstbezogenheit werde bei Frauen pathologisch, bei Männern hingegen als Ausdruck von Selbstbewusstsein und Identität gewertet.

²⁰³ Mental Health Net (1996); Hilsenbeck et al. (1993) betonen die abwertende Objektivierung des weiblichen Körpers in übergreifenden Gesellschaftsbereichen, die auch in den häuslichen Bereich hineinwirke und in Konsequenz nicht zu einem Gefühl der Selbstentwertung durch die Frauen selbst führe. Die Folgen davon seien selbstzerstörerische Größenphantasien („Ohne mich geht zu Hause nichts“) und die fehlende Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und darauf einzugehen. Buck (1993) ergänzt dies um die sich daraus ergebende problematische Projektion der Selbstentwertung durch Frauen auf wiederum andere Frauen, Joester (1993) betont die zusätzliche Zementierung der gesellschaftlichen Verhältnisse durch die den Frauen zugewiesene „Opferrolle“, die Medikalisierung weiblichen Leidens verstärke dies zusätzlich.

Insgesamt lassen die bisher vorgestellten Studien am Konzept des „Baby-Blues“ und der Postpartum-Depression als eigenständige Erkrankungen zweifeln. Kurz vor der Geburt scheint die psychische Vulnerabilität mindestens so hoch zu sein wie im frühen Wochenbett, kurze Zeit später eher geringer.

Aber auch Mütter kleiner Kinder weisen über dessen erstes Lebensjahr hinaus eine Prävalenz von ca. 10-15% Depressionen auf. Nachdem das zeitliche Ende einer Postpartum-Depression nicht festgelegt ist, lassen sich „spätere“ Depressionen schlecht abgrenzen. Es gibt nur wenig Literatur, die sich diesem speziellen Problem widmet: Elliott betont als einer der wenigen in seiner Arbeit von 1999, in der er die Klassifizierungsproblematik aus „Expertensicht“ ausführlich darstellt, die Heterogenität nicht nur des Beginns, des Schweregrades, der biologischen und psychischen *features* und der von ihm als *everyday influences* bezeichneten Umgebungsfaktoren. Darüber hinaus spricht er explizit das Problem der ungeklärten Dauer einer Postpartum-Depression an. Auch andere, unten genannte Arbeiten untersuchten über den Zeitraum des späten Wochenbettes und des ersten Jahres nach der Geburt eines Kindes hinaus noch Mütter, da für die Postpartum-Depression zwar weitgehend Übereinstimmung in Bezug auf ihren Beginn bzw. ihr frühestmögliches Auftreten, nicht aber auf ihr „Ende“, d.h. den spätestmöglichen Zeitpunkt ihres Auftretens oder die zeitliche Abgrenzung zu einer mütterlichen depressiven Episode unabhängig von der Entbindung herrscht. Der Gesichtspunkt einer möglichen Chronifizierung wird angesprochen²⁰⁴, bleibt aber in Anbetracht der zeitlichen Definitionsschwierigkeiten und mangels geeigneter Studien vage zu diskutieren.

Problematisch erscheinen darüber hinaus auch die mangelnden inhaltlichen Kongruenzen selbst für die Postpartum-Depression bei - je nach Autor und Studie - völlig unterschiedlichen „Erfassungsversuchen“ bezüglich der Items selbst.

Dass die besondere Stellung der Wochenbettbefindlichkeit mit ihren psychischen Symptomatologien und dem Bild einer „besonders vulnerablen Phase im Leben der Frau“ auch in der modernen Medizin und Gesellschaft nur bruchstückhaft in diverse etablierte Krankheitskonzepte der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen integrierbar ist, haben die bereits besprochenen Untersuchungen zwar gut illustrieren, aber nicht ausreichend erklären können.

Was könnte die Befindlichkeit einer entbindenden oder entbundenen Frau charakteristischerweise beeinflussen? Spezifisch für die Gesamtsituation erscheint nicht die veränderte Stimmung, sondern die Tatsache der Geburt.

Dieses vor allem unter früheren Lebensumständen tatsächlich häufiger konkret lebensbedrohliche Geschehnis war und ist in seiner Unberechenbarkeit und Unfassbarkeit auch in unserem Kulturkreis Gegenstand zahlreicher ritueller Zuwendungen und Gebräuche und damit auch Gegenstand gesellschaftlicher Aufmerksamkeit. Nachdem die moderne Medizin mit ihrer

²⁰⁴ Z.B. Viinamäki et al. (1997): Sie befragten 130 finnische Mütter mittels GHQ im späten Wochenbett (24% PPD) und nach zwei Jahren (19% PPD). Als „chronifizierende Faktoren“ identifizierten sie für die PPD psychiatrische Probleme vor der Schwangerschaft, nicht näher zeitlich bezogene „kritische Lebensereignisse“, geringe soziale Unterstützung durch das Umfeld der Mutter, Partnerschaftsprobleme und Armut.

„Sicherheit“ die herkömmlichen „Bewältigungsmaßnahmen“ abgelöst²⁰⁵ hat und die Prozesse rund um die Entbindung in medizinischen Einrichtungen „ghettoisiert“ wurden, scheint sich die Aufmerksamkeit der Gesellschaft abgewendet zu haben.

Die Geisteswissenschaften postulieren unter anderem vor allem den persönlichen Autonomieverlust der „neuen“ Mutter als Ursache der seelischen Nöte, die Endokrinologie beharrt auf der hormonellen Genese, Evolutionsbiologen sehen ererbte Verhaltensweisen im Mittelpunkt, Psychiater beforschen vor allem etwaige Therapieoptionen - immer noch ist unklar geblieben, was sich nun als Hauptfaktor oder zumindest als einer der Hauptfaktoren auf die psychische Verfassung der entbundenen Frauen auswirkt.

Der Übersicht halber sollen im Folgenden nochmals gezielt positive und negative Prädiktoren bezüglich postpartaler psychischer „Störungen“ zusammengefasst werden. Da manche Autoren frühe („Blues“) und späte (PPD) Befindlichkeitsstörungen nicht ätiologisch trennen, andere den „Blues“ als „Vorläuferstadium“ oder eigenen „Risikofaktor“ bezüglich der späteren Depressivität behandeln und wieder andere jeweils völlig eigene Entitäten sehen, werden beide „Störungen“ im Anschluss zusammen abgehandelt.

2.3.3.1. Zusammenfassung der „Prädiktoren“ und „Risikofaktoren“ für Befindlichkeitsstörungen im frühen und späteren Wochenbett

1987 kritisierte unter anderem O`Hara, dass in der mittlerweile stark angewachsenen Literatur bezüglich der Wochenbettbefindlichkeit kein einziger stabiler Risikofaktor für die Postpartum-Depression identifiziert werden konnte²⁰⁶.

Fleming schrieb 1988, dass in seinen Daten die Stimmung während der Schwangerschaft und des *frühen* Wochenbettes wenig korrelierten, er maß zumindest bei der Entstehung des „Blues“ spezifischen Faktoren im Wochenbett selbst entscheidende Bedeutung bei, in seinem Falle vor allem der Art der Unterstützung für die junge Mutter, 1990 scheint er diese Erkenntnis wieder zu revidieren und spricht nun von „general consistency in mood“ während Schwangerschaft und gesamtem Wochenbett.

Für Knight bestand 1987 der stärkste Prädiktor für eine spätere Postpartum-Depression in einer negativen Stimmungslage respektive Depressivität während der Schwangerschaft²⁰⁷, kaum Bezug fand er zum Geburtserlebnis, auch nicht zur Kaiserschnitt-Entbindung. Andere Autorinnen und Autoren weiteten dies generell auf bereits aufgetretenen Depressivität im Lebensverlauf einer Frau vor Schwangerschaft und Entbindung aus²⁰⁸.

²⁰⁵ Vgl. Albrecht-Engel (1997), Fox/Worts (1999)

²⁰⁶ U.a. Pop (1993) meint dazu, dass „verschiedene Frauen aus verschiedenen Gründen“ depressiv sein könnten, er bezweifelte die Existenz monokausaler Zusammenhänge bezüglich der „Risikofaktoren“ und der PPD.

²⁰⁷ Ebenso u.a. Bernazziani (1997), Affonso/Arizmendi (1991)

²⁰⁸ U.a. Bryan (1999)

In Genf fanden Righetti-Veltema²⁰⁹ und Mitarbeiter später heraus, dass die Frauen, die später eine Postpartum-Depression entwickelten, schon während ihres Krankenhausaufenthaltes im frühen Wochenbett unruhiger, ängstlicher, trauriger und besorgter als die anderen Frauen gewesen waren. Der „Baby-Blues“ als eigener Risikofaktor für das Auftreten der Postpartum-Depression wurde und wird ebenso wie die fragliche Zugehörigkeit depressiver Symptomatik zum „Blues“ von zahlreichen Fachleuten kontrovers diskutiert²¹⁰, hier existiert eine Flut widersprüchlicher Daten²¹¹.

Auch die einmal bei einer Frau aufgetretene Postpartum-Depression gilt nach Oglesby (2001) mit einer prädiktiven Wahrscheinlichkeit von 50% als Risikofaktor für das neuerliche Auftreten derselben bei einer weiteren Geburt.

In Finnland²¹² wurden Depressivität in der Schwangerschaft, Neurotizismus²¹³, Ängstlichkeit²¹⁴ und psychische Vulnerabilität²¹⁵ der Mutter als Prädiktoren in Bezug auf die Postpartum-Depression und auf die Zufriedenheit der Mutter mit dem Geburtserlebnis beschrieben. Ob die generelle „Zufriedenheit“ der Wöchnerinnen²¹⁶ in diese Hinsicht mit einer besseren Wochenbettbefindlichkeit in Bezug auf „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression einhergeht, scheint noch nicht ausreichend untersucht zu sein. Brockington spricht in seiner Arbeit von 1996 auch die interpretatorische Problematik von Ursache und Wirkung der Depressivität in Bezug auf konflikthafte Erleben an.

Die Vergleichbarkeit einzelner Studien bleibt nach wie vor durch deren uneinheitliche Methodik eingeschränkt, jedoch sollen einige neuere Arbeiten erwähnt werden:

1991 untersuchten Affonso und seine Arbeitsgruppe²¹⁷ ebenfalls den Einfluss von diversen psychosozialen Faktoren auf die Postpartum-Depression, beginnend in der Schwangerschaft

²⁰⁹ Righetti-Veltema et al. (1998) untersuchten 570 Frauen im zweiten Trimenon und drei Monate p.p. Sie verwendeten den EPDS-cut-off von ≤ 13 und belegten damit eine Prävalenz von 10,2% für die PPD.

²¹⁰ Vgl. u.a. Hartung/Hartung (1997), Cox (1982), Lanczik (1994), Glangeaud-Freudenthal (1999)

²¹¹ Kendell (1981) nach Hartung/Hartung (1994), Kendell (1984), Bergant und Mitarbeiter gingen in ihrer Arbeit von 1999 von einem starken Zusammenhang zwischen BB und PPD aus. Keinerlei Bezug bestand hingegen schon früher beispielsweise für Kumar und Robson (1984), Gard und Mitarbeiter (1986), Tonge (1986) und Lemaitre-Sillère und Mitarbeiter (1989). Knight und Thirkettle (1987) warnten sogar ausdrücklich vor einem Vermischen der beiden „Störungen“.

²¹² Saisto et al. (2001)

²¹³ Ebenso für den „BB“ (Kennerly, 1989)

²¹⁴ Vgl. in Bezug auf den BB auch Glangeaud-Freudenthal (1999), wobei in dieser Arbeit, in der mit dem STAI erhoben worden war, die aktuellen Stressoren als Prädiktoren identifiziert werden konnten, im Gegensatz zu einer Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft, welche *nicht* korrelierte; Bergant (1998), Kennerly (1989) konnte die Angst vor den Wehen (Schmerz und Kontrollverlust) als zusätzlichen Risikofaktor für den „BB“ belegen.

²¹⁵ Riecher-Rössler (1997) spricht beispielsweise von „ganz normalen unspezifischen Belastungen einer Entbindung“, die auf verschieden belastbare Frauen und Mütter trafen und auf diese Weise „Befindlichkeitsstörungen“ hervorrufen würden.

²¹⁶ Gjerdingen (1994) fand Korrelationen zwischen psychischer Gesundheit der Frauen, sozialer Unterstützung, Jobstatus der Frauen, Familieneinkommen, Geburtsart und der Zufriedenheit mit der Geburt.

²¹⁷ Affonso et al. (1991) führten an 124 Frauen in der 10., 20. und 30. SSW sowie in der 1. bzw. 2. und 14. Woche p.p. ein standardisiertes klinisches Interview durch. Die Qualität der Partnerschaft wurde mit der *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) erfasst, kritische Lebensereignisse mit dem *Life Events Survey* (LES) und dem *Stressful Events Related to Pregnancy and Postpartum* (SERP). Die soziale Unterstützung maß die Co-

bis über das späte Wochenbett hinaus: Sie stellten in dieser Arbeit sowohl im ersten Schwangerschaftsdrittel als auch im Wochenbett den stärksten Prädiktor für die Depression dar. Dies beeinflusste die Arbeiten anderer Autorinnen und Autoren, diesen psychosozialen Faktoren noch mehr Aufmerksamkeit zu widmen und sie zum Teil sehr gezielt zu untersuchen: Wickberg und Hwang²¹⁸ fanden 1997 ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Postpartum-Depression bei alleinerziehenden Müttern²¹⁹, In Kanada identifizierten Bernazzani und Mitarbeiter²²⁰ zur gleichen Zeit verschiedene Einflussfaktoren der Postpartum-Depression: Kritische Lebensereignisse²²¹, ein negatives Geburtserlebnis²²² sowie eine frühe Trennung von Mutter und Kind zeigten teilweise einen Zusammenhang zu „Baby-Blues“ oder Postpartum-Depression, zum Teil aber auch nicht²²³. Ganz speziell den Bezug zwischen einer Sectio-Entbindung und dem „Blues“ oder der Postpartum-Depression diskutierten nur die wenigen genannten Autorinnen und Autoren.

Probleme im beruflichen Alltag, ein geringer Beschäftigungsstatus²²⁴ und Multiparität nahmen u.a. bei Bernazzani (1997) Einfluss auf die Wochenbett-Befindlichkeit.

Auch Krankschreibung in der Schwangerschaft, häufige pränatale Klinikbesuche und Schwangerschaftskomplikationen aller Art wurden als Risikofaktoren in Bezug auf die Postpartum-Depression bezeichnet²²⁵. Alleinerziehende oder Frauen, die in der Schwangerschaft an Hyperemesis gravidarum gelitten oder sich öfters als „Notfall“ im Krankenhaus eingefunden hatten, schienen eher zur Postpartum-Depression zu neigen als Frauen ohne diese Merkmale.

Bei ausschließlich berufstätigen, spanischen Müttern wurde eine vergleichsweise auffällig hohe Prävalenz von 29,7% gefunden²²⁶, wobei die stärksten Einflussfaktoren eine „schlechte“ Partnerbeziehung, partnerschaftlicher Streit bezüglich der Hausarbeit, Krankheit des oder der

hens Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), der „Denkstil“ mit Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) und die Depressivität mit der Derogatis Symptom Checklist (SCL-90R).

²¹⁸ Sie untersuchten 1584 schwedische Mütter mittels EPDS acht und zwölf Wochen p.p. Keinen Einfluss schienen Alter, Parität und Berufstätigkeit zu haben. Insgesamt lag die Prävalenz der PPD bei 12,5% nach 8 Wochen.

²¹⁹ Ebenso u.a. Herz (1997) nach Köglberger (2000/1), Brockington (1997)

²²⁰ Bernazzani et al. (1997) befragten 213 *zweitgebärende* Mütter mittels EPDS. Die Prävalenz der PPD lag bei 12,7%. Bei den „negativen Geburtserlebnissen“ diskutiert er unter anderem die Bedeutung des subjektiven Gefühls von Kontrollverlust für die Bewertung des Geburtserlebnisses durch die Frauen.

²²¹ Ebenso u.a. bei Köglberger (2000/1), Paykel nach Romito (1990), Brockington (1996), Josefson (2002), O'Hara (1996)

²²² Glangeaud-Freudenthal (1999), Hannah (1992) und Bergant (1998) speziell in Bezug auf langer Geburtsverlauf bzw. Sectio und BB, für die PPD Lange (1994), Hannah (1992), Thalassinis (1988) weist bei eingeleiteten Geburten und solchen mit Schwierigkeiten in der Austreibungsphase einen besonderen Bezug zur PPD nach. Noch 1 Jahr p.p. hätten Frauen nach Sectio, vor allem in IT-Narkose, mehr Schwierigkeiten als andere Mütter.

²²³ Kendell (1984) und Kennerly (1989) in Bezug auf BB, für die PPD O'Hara (1999), Knight (1987), Culp (1989) bezüglich Sectio und PPD, allerdings mit N=29 untersuchten Frauen

²²⁴ Vgl. O'Hara (1996), Glangeaud-Freudenthal (1999), Bergant (1998)

²²⁵ Josefson et al. (2002) befragten in Schweden 1558 Frauen 6-8 Wochen und 6 Monate p.p. Bei einem EPDS-cut-off von ≥ 9 fanden sie zu beiden Meßzeitpunkten eine Prävalenz von jeweils 13% für die PPD. Vgl. auch Köglberger (2000/1), Bergant (1998)

²²⁶ Escribà et al. (1999) untersuchten 598 spanische Mütter mit dem GHQ.

Kinder²²⁷ und finanzielle Schwierigkeiten zu sein schienen. Für italienische und französische Mütter war in verschiedenen Arbeiten²²⁸ die aktuelle Arbeitssituation, auch unter dem Aspekt eventueller Arbeitslosigkeit, ein ausschlaggebender Faktor für die Befindlichkeit 12 Monate nach der Geburt ihres jüngsten Kindes.

Generell können Schwierigkeiten in der Partnerbeziehung²²⁹, finanzielle bzw. ökonomische Schwierigkeiten²³⁰ und fehlende oder qualitativ und quantitativ unzureichende Unterstützung der Mutter durch ihr soziales Umfeld²³¹ als Risikofaktoren für eine Verschlechterung der Befindlichkeit von Müttern als umfassend belegt gelten. Nach Paykel sind aus diesem Grund soziologische Präventionsprogramme erfolgreicher als eine Psychotherapie der bereits aufgetretenen „Störung“²³². Gerade Frauen mit einem *low social status* scheinen ein zusätzlich erhöhtes Risiko für Befindlichkeitsstörungen auch im Wochenbett aufzuweisen²³³ und könnten möglicherweise von derartigen Maßnahmen maximal profitieren.

Etliche weitere Faktoren, Entbindung und Wochenbett betreffend, waren bereits Gegenstand diverser Studien, u.a. Erstgeburt²³⁴, Zwillingsgeburt²³⁵, niedriges kindliches Geburtsgewicht²³⁶, ein kindlicher Apgar-Wert unter 9 Punkten²³⁷, PDA/ITN bei Sectio-Entbindung²³⁸, früher Körperkontakt²³⁹ und Stillen²⁴⁰. Der Einfluss des Entlassungszeitpunktes der Frauen auf ihre psychische Befindlichkeit konnte nicht eindeutig belegt werden.

Als endokrinologische Prädiktoren konnten manche Studien einen Bezug zwischen Wochenbettbefindlichkeit und PMS²⁴¹ sowie freiem Östrogen²⁴² belegen.

Schwerpunkte auf verschiedene psychologische Modelle legten beispielsweise Studien über die sog. „erlernte Hilflosigkeit“ - die den Autorinnen und Autoren zufolge ebenfalls als „Risi-

²²⁷ Vgl. Brockington (1996)

²²⁸ Romito/Saurel-Cubizolles/LeLong (1999) und Saurel-Cubizolles et al. (2000)

²²⁹ U.a. Herz (1997) nach Köglberger (2000/1), Paykel nach Romito (1990), Brockington (1996), Riecher-Rössler (1997), O'Hara (1996), und Kennerly (1989), Glangeaud-Freudenthal (1999), Bergant (1998) in Bezug auf den BB. Romito (1990) diskutiert den Standpunkt, dass depressive Frauen die Unterstützung durch ihren Partner möglicherweise negativer bewerten als andere.

²³⁰ Vgl. Herz (1997) nach Köglberger (2000/1), BB: Glangeaud-Freudenthal (1999)

²³¹ Z.B. Paykel nach Romito (1990), Brockington (1996), Riecher-Rössler (1997), Köglberger (2000/1) und für den BB Kennerly (1989), Glangeaud-Freudenthal (1999)

²³² nach Romito (1990). Brockington (1996) fasst diese Erkenntnis in ein Schlagwort zusammen: „Mutter sein, nicht Märtyrerin“.

²³³ O'Hara (1996), Köglberger (2000/1); Bergant (1998) in Bezug auf den „BB“.

²³⁴ Z.B. Steiner (1995), Riecher-Rössler (1997), Köglberger (2000/1); Herz (1997) nach Köglberger (2000/1) konnte beispielsweise jedoch weder mit der Parität noch mit dem Alter der Frauen Zusammenhänge zur Befindlichkeit der Frauen nach der Entbindung belegen.

²³⁵ Steiner (1995), Köglberger (2000/1)

²³⁶ Für den BB: Bergant et al. (1998), Hannah (1992)

²³⁷ Thalassinou (1988)

²³⁸ Oakley (1981)

²³⁹ Croutch (2000)

²⁴⁰ Köglberger (2000/1), nach Hannah (1992) ist Flaschenfütterung sowohl mit mehr BB als auch mit mehr PPD assoziiert.

²⁴¹ O'Hara (1991), für den BB Kennerly (1989), wobei sie lediglich den Schweregrad retrospektiv erfragte.

²⁴² O'Hara (1991)

kofaktor“ bewertet werden kann - von Frauen im Allgemeinen und Müttern im speziellen²⁴³ und damit im weiteren Sinne über die psychomentalen Voraussetzungen seitens der zu Müttern werdenden Frauen²⁴⁴, die aufgrund der unterschiedlichen Ansätze wiederum von anderen Arbeiten zur Persönlichkeitsstruktur der Probandinnen²⁴⁵ getrennt werden müssen.

In einer anderen Arbeiten²⁴⁶ konnte ein Zusammenhang zwischen der Neigung zur Postpartum-Depression und einem wenig sorgenden oder stark kontrollierenden Ehemann der Mütter gezeigt werden, falls diese Frauen als Kind selbst eine wenig fürsorgliche Mutter oder eine überprotektiven Vater erlebt hatten. Auch O'Hara (1999) bringt das Bedürfnis der Frauen nach Kontrolle bereits in der Schwangerschaft in Verbindung mit der späteren Neigung, eine Postpartum-Depression auszuprägen.

Der Schluss der psychologisch orientierten Autorinnen und Autoren aus diesen Ergebnissen schrieb den Haupteinfluss bei der Entstehung der Postpartum-Depression konsequenterweise solchen Persönlichkeitsfaktoren zu²⁴⁷.

In einer Metaanalyse über 44 verschiedene Studien fasste Beck 1996 acht besonders häufig auftretende Prädiktoren für das Auftreten von Wochenbett-Depressionen zusammen: negative Lebensereignisse, präpartales Auftreten einer Depression in der Schwangerschaft und in der Lebenszeit davor, Ängstlichkeit, negative Partnerbeziehung, Baby-Blues im frühen Wochenbett, mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld und Stress in der Kinderbetreuung²⁴⁸.

Romito schließlich nennt die Probleme in der partnerschaftlichen Beziehung als einzigen konstanten Risikofaktor für sämtliche „Befindlichkeitsstörungen“ im Wochenbett, wobei sie gleichzeitig das Konzept der „Risikofaktoren“ an sich in Frage stellt, da die eventuell als Auslöser oder Verursacher in Betracht kommenden psychosozialen Faktoren gesellschaftliche Normalität und kein spezielles „Risiko“ im klassischen Sinne darstellten.

2.4. Hypothesenbezogene Literatur

2.4.1. Spezielle Literatur zur Geburt durch Sectio Caesarea in Bezug auf die „Medikalisierung der Geburt“ (Hypothesengruppe I)²⁴⁹

²⁴³ Cutrona (1993)

²⁴⁴ Whitton/Appleby/Warner (1996) arbeiteten mit dem Schlagwort „Denkstil“ in Bezug auf die psychomentalen Voraussetzungen und Verarbeitungsweisen ihrer Probandinnen

²⁴⁵ Boyce et al. (2001)

²⁴⁶ Boyce/Hickie/Parker (1991), Gheldof et al. (1995)

²⁴⁷ Merritt (2001)

²⁴⁸ Dieses methodische Vorgehen wurde von Romito (1999) kritisiert: Eine Metaanalyse, basierend auf unterschiedlichsten Einzelstudien mit nicht direkt vergleichbaren Studiendesigns, nivelliere und „verwische“ Ergebnisse, weder Quantifizierung noch Qualifikation der Prädiktoren könne so abgeleitet werden.

²⁴⁹ Zur Vorstellung unserer Hypothesen siehe Kap. 3.1.4. („Überprüfung von verschiedenen Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen“)

Zunächst kritisierten vor allem Sozialwissenschaftler/innen die klassische Kategorisierung der Befindlichkeit von Frauen - nicht nur im Wochenbett - als messbares und damit quantifizierbares psychisches und medizinisches „Problem“. Sie diskutierten unter anderem die mögliche Instrumentalisierung einer solchen Klassifizierung und wiesen darauf hin, dass gerade in den „Naturwissenschaften“ solche „Erscheinungen“ wie „Baby-Blues“ und „Wochenbett-Depression“ aus dem gesellschaftlichen, kulturhistorischen und damit auch aus dem allgemeinenpolitischen Kontext herausgelöst und auf ein individuelles, persönliches Problem einzelner Frauen reduziert würden²⁵⁰. Dadurch sei die Transformation der Geburt vom „sozialen Event“ mit entsprechender gesellschaftlicher Wahrnehmung hin zum isolierten Einzelereignis in der jeweiligen Privatsphäre der betroffenen Kleinfamilien bewirkt worden.

Die Existenz einer speziellen Wochenbett-Depression kann zum einen konkret mit Hinweisen auf Studienergebnisse, die beispielsweise für Mütter von Klein-, aber auch von Schulkindern ähnliche oder sogar höhere Prävalenzen fanden, in Frage gestellt werden²⁵¹.

Darüber hinaus aber wird sie von einer Vielzahl vor allem geistes- und sozialwissenschaftlicher Autorinnen und Autoren als Konstrukt einer einseitig²⁵² dominierten Forschung und seines Wissenschaftsideals betrachtet. Viele dieser Arbeiten greifen damit das Problem der zunehmenden *Medikalisierung* des gesamten menschlichen Lebens und darüber hinaus speziell seiner „Übergänge“²⁵³ - welche als biografisch besonders bedeutsame oder „kritische“ Lebensabschnitte begriffen werden - auf. Vor allem Frauen würden in Folge ihrer „geglückten“ Sozialisation pauschal pathologisiert und in ihren reproduktiven Funktionen entmündigt. Speziell in Bezug auf das Geburtsgeschehen erfolge eine „kritische Delegation“ ihrer dadurch geschaffenen „Hilflosigkeit“ an „Experten“²⁵⁴ mit dem Ergebnis steigender Interventionsraten und operativer Entbindungen.

In diesem Kontext steht die kritische Auseinandersetzung mit der „sanften“ und „risikoarmen“ Geburtshilfe, wie sie die heutige Medizin gerne verspricht, und einer eventuellen Beeinträchtigung oder gar Traumatisierung durch ihre „gut gemeinten“ „Sicherheitsmaßnahmen“²⁵⁵⁻²⁵⁶. Als unbestrittene Tatsache kann die große Vielfalt der unterschiedlichen als phy-

²⁵⁰ Vgl. Nadig (1998), Fox/Worts (1999); Laut Romito (1990a-d) lenkt die Medikalisierung der Wöchnerinnen-Befindlichkeit von den sozialen und politischen Entstehungsbedingungen des Phänomens ab und transferiert es auf eine rein individuelle Ebene, auf das „Einzelschicksal“: Die Wochenbett-Depression als Krankheit der einzelnen Mutter.

²⁵¹ Die WHO schrieb 1992 die *puerperal mental diseases* als reine „Ausschlussdiagnose“ fest, vielfach wurden diese „Störungen“ sogar mit dem Begriff *catch-all-diagnosis* beschrieben (u.a. Nicolson 1998, Merritt 2001).

²⁵² D.h. vor allem vom biomedizinischen Diskurs

²⁵³ Als solche können z.B. die Geburt, aber auch der Tod bezeichnet werden.

²⁵⁴ Bornemann (1989), vgl. u.a. Crouch (1999), Kneuper (2004/5), Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990 und 1999), Mutryn (1993), LoCicero (1993), Fox (1999)

²⁵⁵ „*Jerry had felt that her body had been so violated that she never would anyone to touch it again*“: Nicolson (1998) beschreibt mit diesem Beispiel eindrucksvoll ihre Untersuchungen zur Reaktion von Frauen auf den Geburtsschmerz und die Episiotomie. Selbst für erfahrene Hebammen, die zum ersten Mal selbst Mutter wurden, schien - wie für andere Mütter, die nur auf die Vorbereitung durch entsprechende Kurse zurück-

siologisch²⁵⁷ zu wertenden Geburtsverläufe gelten. Im Widerspruch dazu wird offensichtlich die potentielle Gefährlichkeit einer Geburt - in Zeiten, in denen Geburtshelferinnen und -helfer besser darauf vorbereitet sind als sie es jemals zuvor waren, da eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten flächendeckend zur Verfügung stehen - pauschalisiert und als Grundvoraussetzung jeder Überlegung zu diesem Thema behandelt²⁵⁸. Eine Vielzahl auch populärwissenschaftlicher Veröffentlichungen²⁵⁹ setzt sich kritisch mit dieser wortwörtlichen Diskrepanz zwischen „guter Hoffnung“ und „Angst vor dem Risiko“ auseinander. Ebenfalls als Diskrepanz erscheint daher das Gewicht dieser Problematik in der gesellschaftlichen Diskussion, die sich in der medizinisch-„naturwissenschaftlichen“ Auseinandersetzung zum Beispiel mit „Befindlichkeit“, gerade in Bezug auf das Wochenbett, nicht widerzuspiegeln scheint.

Schon die medizinische Identifizierung und Klassifizierung von so genannten „*Risikoschwangerschaften*“²⁶⁰ scheint der im Folgenden noch zu erläuternden Erfordernis einer individualisierteren Geburtshilfe nur auf den ersten Blick Rechnung zu tragen. Genauer betrachtet trägt diese pragmatische Vorgehensweise dazu bei, den Begriff des „Risikos“ der werdenden Mut-

greifen konnten - der tatsächliche Wehenschmerz zum Teil ein „Schock“ zu sein. Während diese Reaktion auf Schmerzen bei chirurgischen Patientinnen und Patienten keinerlei Erstaunen oder besser gesagt „Deutungsbedürfnis“ auslöst (Revaus, 1968 in Nicolson, 1998, vgl. auch Mutryn, 1993), wird eine vergleichbare Reaktion der frisch entbundenen Frau auf Schmerz, Anästhesiemedikamente und Wundheilung am ehesten den „Hormonen“ zugeschrieben. Nach Mutryn (1993) entspricht dies einer Trivialisierung der Sectio als eigentlich große Bauch-OP durch das medizinische Personal selbst, welche auch von den betroffenen Frauen übernommen wird (vgl. Sakala, 1993). Dadurch würden auch psychosoziale Folgen systematisch verschleiert. Speziell „große Episiotomien“ und vaginal-operative Entbindungen führten bei von Thalassinis 1988 untersuchten Frauen zu mehr „Blues“. Aus der Tatsache, dass beispielsweise die Episiotomie selbst einen Risikofaktor für ernsthafte Geburtsverletzungen darstellt und die jahrzehntelange unkritische Durchführung desselben zu keiner Reduktion der Gesamtzahl schwerer Dammverletzungen geführt hat (Odent, 1994, Maurer/Voegeli, 1996), ergibt sich allein aus dieser geburtshilflichen Einzelmaßnahme - herausgeriffen aus vielen weiteren Medikalisierungsaspekten - ein negativer Einfluss auf die physische und psychische Befindlichkeit der entbundenen Frauen.

²⁵⁶ Sie erläutert in ihrer o.a. Arbeit anschaulich, dass schon die physiologischen Prozesse einer Geburt einen immensen Kontrollverlust der betroffenen Frau über ihren körperlichen, geistigen und seelischen Zustand unter Zugrundelegung eines modernen weiblichen Selbstverständnisses bedeuten. Die zusätzliche Entmündigung durch die medizinische Routine im Rahmen dieser Situation, die offensichtlich ohnehin schon eine absolute Ausnahmesituation darstellt, bewertet sie als fatale Steigerung dieses Autonomieverlustes.

²⁵⁷ Die Vorstellungen des „Naturdiskurses“ speisen sich v.a. aus den idealisierten und isoliert übertragenen Praktiken fremder Kulturen, meist lediglich auf literarischer Grundlage. „Fremdheit“ wird auf „Ursprünglichkeit“ reduziert, Ausschnitte aus komplexen Lebenskonzepten aus ihrem Kontext gelöst. Er bleibt abhängig vom „biomedizinischen Hauptdiskurs“, weil er sich gemeinhin als dessen „Gegendiskurs“ versteht. So wird das „Natürliche“ ebenso zum sozialen Konstrukt wie das „Medizinische“, die Zuordnung des Weiblichen zum „Natürlichen“ und des Männlichen zum „Zivilisierten, Kultivierten“ bleibt bestehen. Das dynamische Potential der so geschaffenen Kategorien wird auch in diesem Diskurs negiert. Die scheinbare ideelle Aufwertung der Frau im Naturdiskurs kann deren gleichzeitige materielle und soziale Abwertung nicht ausgleichen: „Die Würde des Altruismus geht mit der Bürde des passiv Ertragens einher“ (nach Kneuper, 2004/5).

²⁵⁸ Vgl. u.a. Kneuper (2004/5), Nicolson (1998 und 1999), Linder (1996)

²⁵⁹ Schindele (1997), Linder (1997) u.v.a. In geburtshilflichen Monatszeitschriften (u.a. für Hebammen und Pflegeberufe) füllt die betreffende Ratgeberliteratur ganze Seiten

²⁶⁰ Nach de Jong (1996/2003) werden laut Perinatalerhebung von beispielsweise 2001 derzeit ca. 66% aller Schwangerschaften in Bayern als „Risikoschwangerschaft“ dokumentiert, an Universitätskrankenhäusern sogar 75%, ärztliche Leistungen um Schwangerschaft und Geburt herum steigerten sich innerhalb der vergangenen 20 Jahre um ca. 500%.

ter und ihrem Umfeld noch deutlicher vor Augen zu halten. An sich physiologische Vorgänge wie Schwangerschaft und Geburt lassen sich innerhalb unserer kulturellen Prägung gerade durch ihr vielfältiges Erscheinungsbild und der dadurch bedingten erschwerten *verbindlichen* Prognostizierbarkeit der damit verbundenen Abläufe im menschlichen Erleben leicht als prinzipiell „riskant“ einordnen²⁶¹. Auch die „unkomplizierte“ Schwangerschaft als einstiger Zustand der Geborgenheit des Kindes im Leib der Mutter wird heute als Zustand der Bedrohung für Mutter und Kind gesehen, der der Überwachung durch hochtechnisierte Maßnahmen bedarf. Dass in der Wissenschaft im Gegensatz zum alltäglichen Leben eigentlich ganz verschiedenartige Risikobegriffe zur Anwendung kommen, wird auf Gebieten wie der Geburtshilfe, wo menschliche und fachliche Kompetenzen heutzutage derart kollidieren, nicht wahrgenommen und trägt auf diese Weise erheblich zu Missverständnissen auf allen beteiligten Seiten bei²⁶². Vor diesem Hintergrund müssen die trotz oder gerade unter dem Einfluss modernster Medizin in der Schwangerschaftsvorsorge weiter ansteigende Anzahl von Frühgeburten²⁶³ und vorzeitigen Wehen, sowie die bereits erläuterten steigenden Sectio-Raten differenziert bewertet werden²⁶⁴: Einerseits trägt die zunehmende Bedeutung der Reproduktionsmedizin und die umfangreichen Entwicklungen in der neonatalen Intensivmedizin dazu bei, mehr Risikoschwangerschaften überhaupt erst zu erzeugen. Andererseits kann dies den oben genannten Anstieg alleine nicht hinreichend erklären. Es wird postuliert²⁶⁵, dass der Einsatz von zuviel medizinischen Interventionen den Frauen deren Ängste und Befindlichkeit eher negativ

²⁶¹ Der in der Geburtshilfe gängige Risikobegriff ist nach Kneuper (2004/5) vom hegemonialen biomedizinischen Diskurs geprägt. Die Frauen selbst sähen diesen durchwegs kritisch, unterwürfen sich ihm aber aufgrund des gesellschaftlichen Drucks, den sie internalisiert hätten und der das Kindswohl über das der Frauen stelle. Der medizinisch geprägte Risikobegriff verdränge andere, beispielsweise biografische Risiken. Die Vermengung von Risiko-vorbeugenden Maßnahmen und elterlichen Optimierungswünschen vermehre die Unsicherheit und die Besorgnisse der Frauen und ihres Umfeldes, auch der medizinischen Betreuer, und stecke relativ enge Verhaltensgrenzen (autoritativer Charakter des Risikokonzeptes), bei deren Verletzung eine „Abqualifizierung“ durch das Umfeld und der Frauen untereinander erfolge. „Sicherheit“ erscheint so unabdingbar an medizinisches Fachwissen geknüpft, nicht etwa an „Gottvertrauen“ oder ähnliches. Frauen, die aus diesem Diskurs ausscheren, erfahren Isolation und sogar Aggression, oft durch ihr engstes Umfeld (gelten z.B. als „verantwortungslos“ oder „uninformiert“) Über die Ängste (d.h. die Interpretation der „Risiken“ durch diese selbst) der Frauen erfolgt Kontrolle via sozialem Druck, welche zusammen mit der kulturell konstruierten Unvereinbarkeit von kindlichen und mütterlichen Bedürfnissen - das „Wohl des Kindes“ genießt gesellschaftlich stets Priorität - über verschiedenste Kompensationsmaßnahmen hinweg die Befindlichkeit der Frauen nachhaltig beeinflusst.

²⁶² Weil statistische Einsichten selten auf Alltagswissen übertragbar sind, fehlt den Müttern die „Legitimation“ für ihre eigenen Empfindungen und Entscheidungen. Andererseits neigt gerade die „Alltagslogik“ dazu, stochastische Relationen in deterministische Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu überführen (z.B. je weniger gestillt, desto kränker das Kind). Die Flut größtenteils widersprüchlicher, für Laien erst recht unüberprüfbarer und geradezu „unberechenbarer“ Daten sowie deren nicht eindeutig interpretierbare Zusammenhänge und Faktorengewichtung muss überfordern und verunsichern, die Legitimation ärztlicher Beteiligung auch am physiologischen Geburtsgeschehen lässt sich auf die erfolgreiche Etablierung dieser Art „Problem-bewusstsein“ begründen, die Medizin wird so zur zentralen Instanz im Umgang mit dem Risikobegriff. Auf wissenschaftlicher Ebene steht dem zunehmend ein Konflikt zwischen dem medizinisch dominierten Hauptdiskurs und seinen weniger kohärenten Gegendiskursen gegenüber (vgl. Kneuper 2004/5)

²⁶³ Nach Schindele (1997) stieg die Rate der Frühgeborenen in Deutschland von 1982 bis 1992 um über 50%.

²⁶⁴ De Jong (1996/2003), Schindele (1997)

²⁶⁵ U.a. de Jong (1996/2003), Linder (1997)

als - wie vorgeblich gewünscht - positiv beeinflusst²⁶⁶ und sie in ihrer Kompetenz für ihren eigenen Körper²⁶⁷ schwächt anstatt stärkt, sondern dass der Einsatz von hoch entwickelter Technologie zwangsläufig noch mehr Einsatz derselben erfordert, um den Konsequenzen des ersten Einsatzes gerecht werden zu können²⁶⁸⁻²⁶⁹: Durch die Auferlegung einer passiven Rolle

²⁶⁶ Beispielsweise werden hierzulande mit dem Hinweis auf eine eventuelles Asphyxie-Risiko des Kindes (nach Shearer, 1993, und Prof. Saling in de Jong, 1996/2003, treten nur ca. 10% der kindlichen Schäden durch Sauerstoffmangel unter der Geburt selbst auf, ca. 70% wurden bereits in der Schwangerschaft, ca. 20% in der Neonatalzeit verursacht. Die Einführung des Routine-CTG und die Steigerung der Sectio-Rate verringerten die Anzahl der kindlichen Hirnschäden per se nicht) *alle* Entbindenden meist schon während der Eröffnungswehen an ein CTG angeschlossen und damit quasi systematisch demobilisiert, ein Vorgehen, das jede Erfahrung mit physiologischen geburtsvorgangsfördernden Maßnahmen wie beispielsweise Spazierengehen und Lagewechsel missachtet (Odent, 1996b). In Studien, die das Dilemma „Sicherheit für das Kind oder Verunsicherung für die Mutter“ in Bezug auf die kardiotokeografische Routine untersucht haben, konnte ein eindeutiger *benefit* dieser Maßnahme in Bezug auf Geburten ohne besondere Risikofaktoren (u.a. Francome; 1993) und selbst für Frühgeborene (Odent, 1996b) nicht, der „Störfaktor Routine-CTG“ dagegen durchaus belegt werden. Auch die zu häufige falsch-positive Befundung (Teilweise bis zu 50% aller Alar-me. Shearer, 1993) konnte durch eine computergestützte Auswertung nicht signifikant verringert werden (Odent, 1994 und 1996b). In Zürich stellten Maurer/Voegeli (1996) fest, dass das CTG von 33% der Frauen als „störend“ empfunden wurde und nur knapp über der Hälfte aller Frauen „Sicherheit“ vermittelte. Hörrohr und Doppler-Untersuchungen störten hingegen nur 2% der Frauen, gaben aber ca. 95% der Frauen „Sicherheit“. Bornemann (1989) moniert, dass die Geburtshelfer „mehr mit dem CTG als mit der Entbindenden kommunizierten“, wie auch Sakala (1993) hält er die allein durch das Anlegen des CTG bei den Frauen ansteigenden Adrenalinpiegel für eine Ursache vermehrten fetal distress und damit auch einer größeren Anzahl falsch-positiver Befunde. Aber auch die Demobilisation alleine störe die physiologische Geburt (vgl. auch Fox, 1999) und trage zu einer weiter erhöhten Sectio-Rate bei. Die WHO selbst veröffentlichte solche bei ihr ausdrücklich auf Geburten ohne besondere Risikofaktoren bezogenen Hinweise in ihrem Bericht „Appropriate Technology for Birth“, 1985. Ferner werden von dieser Expertenkommission Geburtseinleitungsraten von über 10%, Sectio-Raten von über 15%, die künstliche frühzeitige Blasensprengung zum Zwecke der Geburtseinleitung, die *roulinemäßige* Gabe von Schmerzmitteln, der systematische Damm-schnitt, die Resectio als alleinige Sectio-Indikation und ferner eine auch noch so kurze Trennung des gesunden Neugeborenen von seiner Mutter allein zur „Überwachung“ als nicht gerechtfertigt bezeichnet. Sie schreiben das *Recht* der entbindenden Frauen auf die Gebärposition *ihrer Wahl* fest (nach Maurer/Voegeli, 1996, und Neuhaus, 1994, wurden in ihren Studien nur 44% bzw. 15% der Entbindenden die gewünschte Position ermöglicht), fordern das erste Anlegen des Neugeborenen unabhängig vom Geburtsmodus unmittelbar im Kreissaal/OP/Aufwachraum und fordern sogar die Gesetzgeber auf, unangebrachten Technikeinsatz bei Geburten gesetzlich zu beschränken. Abschließend fordern sie zur *multidisziplinären* Bewertung desselben unter Einbeziehung der betroffenen Frauen auf.

²⁶⁷ Der französische Arzt und Geburtshelfer Michel Odent (1994) erklärt, dass die entwicklungsgeschichtlich älteren Säugerstrukturen im Gehirn eines Menschen, die auch den Geburtsvorgang steuern, primär selbsttätig funktionieren, aber vor Störungen bewahrt werden müssen, wie sie zum Beispiel diverse Anregungen des Neokortex durch „Stressfaktoren“ wie Sprache, Licht oder auch Angst („Fluchtreaktion“) darstellen. Er bezeichnet die weitgehende Ausschaltung dieser Störfaktoren bei einer Geburt als „Privacy“ und stellt diesen Zustand als Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Spontangeburt dar. Er bezieht sich allerdings weniger auf objektive Kriterien als ausschlaggebend für den Verlauf, als vielmehr auf die *Empfindung* von erfüllter „Privacy“ durch die Entbindende. Dass dieser Zustand für verschiedene Frauen auch durchaus verschieden herzustellen sein kann, betont er ausdrücklich. Vgl. auch Francome (1993), Hobfall (1987), Sakala (1993); Hrdy (1999) deutet den „BB“ als „gestaute Aggression der Säuger-Mutter“; Fox (1999) betont, dass *privacy* für die Frauen keinesfalls „einfach allein gelassen werden“ bedeutet.

²⁶⁸ Konkret hieße das, dass eine Frau, deren Besorgnis in Bezug auf ihre Schwangerschaft zum Beispiel bei einem etwas unklaren Ultraschallbefund einmal geweckt wird, allein aufgrund dieser unbestätigten Sorge ein gewisses Maß an zusätzlichem Technikeinsatz – ein weiterer Ultraschall durch einen „Spezialisten“ oder gar eine Amniozentese - in Anspruch nehmen muss und wird, um zu versuchen, ihre Befürchtungen, die primär die des Untersuchers waren, entweder bestätigt oder sicher widerlegt zu sehen. Solche Situationen bedeuten für eine schwangere Frau eine extreme Belastung durch die von außen erweckte oder schon vorhandene verstärkte Sorge und zusätzlich eine Schwächung und Verunsicherung ihrer selbst in Bezug auf die Fähigkeiten ihres Körpers (u.a. nach Fox, 1999, Kneuper, 2004/5 und Schindele, 1997) Francome (1993) konnte für die USA belegen, dass eine Schwangerschaftsvorsorge durch perinatale Zentren an sich die Interventionsrate während der Geburt erhöht.

werden die Kompetenzen der eigentlich aktiven Entbindenden massiv untergraben. Das Schädigungspotential vor allem unkritisch durchgeführter Interventionen betrifft unbestritten nicht nur psychische Aspekte, wie bereits erörtert²⁷⁰.

Der Einfluss von „stressful events related to pregnancy and postpartum specific to the child-bearing process“ ist in Bezug auf die Postpartum-Depression ausführlich untersucht worden²⁷¹: Beispielsweise waren Ängste der Frauen in Bezug auf ihre Gesundheit²⁷² und der ihres Kindes²⁷³ bzw. ihrer Kinder sowohl in der Schwangerschaft als auch *im Wochenbett* ein Prädiktor für das Auftreten und die Ausprägung der Depressivität. Ängste der Mutter während der Entbindung werden als wichtiger Auslöser oder Verstärker des *fetal distress* diskutiert²⁷⁴. Dem Stress-auslösenden Kontrollverlust der Entbindenden im peripartalen Setting wurde einige Aufmerksamkeit gewidmet²⁷⁵, ebenso dem Stressfaktor „technische Intervention“²⁷⁶ und „Zeitdruck“²⁷⁷: Unter anderem Hartung und Hartung (1997) fanden positive Zusammenhänge zwischen dem „Blues“ und Tokolyse sowie allgemein Komplikationen. Die Sectio als solche nahm in einigen Studien erheblichen Einfluss auf die Ausprägung einer Postpartum-

²⁶⁹ Nicht nur Ferdinand Lamaze war der Meinung, dass Frauen das Gebären erst lernen müssten. Dies ist heutzutage eine gesellschaftlich und sozial mehrheitlich vertretene Auffassung, die akzeptiert oder vielleicht auch gar nicht zur Kenntnis genommen hat, dass in der Geburtshilfe ein altes und lange bewährtes „System der weiblichen Empirie“ von einem intellektuell begründeten Lehrsystem verdrängt wurde, das überwiegend von männlichen „Professionellen“ aufgebaut worden war. Der Rollenwechsel der Gebärenden vom aktiven zum passiven Part verdeutlicht den dazugehörigen Paradigmenwechsel. An dieser Stelle tritt beispielhaft die Bedeutung des Geschlechterkonfliktes in der Geburtshilfe zu Tage: Die in der stationären Geburtshilfe dominierende Autorität haben die Ärztinnen und Ärzte inne. Nachgewiesen ist (u.a. Romito, 1999; LoCicero, 1993; Kneuper, 2004/5), dass weibliche Ärzte sich in ihrem Verhalten den Schwangeren und Entbindenden gegenüber nicht von ihren männlichen Kollegen unterscheiden, was auf das Rollenverständnis des traditionell männlichen Mediziners zurückgeführt wird, der unter einer „optimalen Geburt“ eher den gelungenen technischen Aspekt versteht und vertritt, die auch heutzutage meist weiblichen Hebammen dagegen eher auf vergleichsweise wenig invasive Methoden und mehr psychologische Intervention setzen, um eine Geburt „erfolgreich“ zu Ende zu bringen. Da apparative Aussagen im Vergleich zu den Empfindungen der betroffenen Frauen weitaus mehr Gewicht in den Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte zugesprochen bekommen, überrascht die übereinstimmenden Aussagen vieler Frauen aus dem vorliegenden Kollektiv, aber auch aus der Literatur (z. B. de Jong 1996/2003, vgl. Francome, 1993, Shearer, 1993, Sakala, 1993), nicht: sie fühlen sich „betatscht“, „wie eine Kuh beim Tierarzt“ oder gar „wie beim Schlachter“. Die Kreissaalroutine wird des öfteren als „Massenabfertigung“ bezeichnet. Der Geburtshelfer und Arzt Peter MacNoughton Dunn (nach de Jong 1996/2003) erläuterte dies wie folgt: „*Ein Problem ist, dass die meisten Geburtshelfer Männer sind. Die dem Gebären am Nächsten kommende Erfahrung eines Mannes ist die Defäkation. Manchmal denke ich, es wäre begrüßenswert, wenn wir Ärzte nur ein einziges Mal in ein Krankenhaushemd gesteckt würden, eine genitale Rasur bekämen und dann gebeten würden, auf dem Rücken liegend eine Bettschüssel zu benutzen, während verschiedenes medizinisches Personal uns beobachtet.*“

²⁷⁰ Vgl. auch Fox (1999), LoCicero (1993)

²⁷¹ Affonso/Arizmendi (1987)

²⁷² Z.B. Schindele (1997) bedauert die „Reduzierung der Sinnlichkeit der Geburt auf den Schmerz“.

²⁷³ Alvaredo (1993), Schindele (1997) und auch Kneuper (2004/5) betonen die beziehungsneigende Sichtweise der Medizin von Mutter und Kind, was u.a. in dem Fachterminus „(Schwangerschafts-)Produkt“ zum Ausdruck kommt.

²⁷⁴ Vgl. Francome (1993), LoCicero (1993): vermehrter *fetal distress* erhöht die Kaiserschnitttraten und trägt sowohl primär als auch sekundär zur negativ beeinträchtigten Wochenbettbefindlichkeit bei.

²⁷⁵ U.a. Salmon (1992), Nicolson (1998), Fox (1999), Friedrich (1997)

²⁷⁶ U.a. Romito (1990), Oakley (1981); „Sich ständig versichern zu müssen, verunsichert.“ (Schindele, 1997).

²⁷⁷ Vgl. u.a. auch Fox (1999), Bornemann (1989), Francome (1993), Sakala (1993), Nicolson (1998), Romito (1990). Shearer (1993) postuliert eine „vorfeierabendliche“ Häufung von Schnittentbindungen.

Depression²⁷⁸ oder eines „Baby-Blues“²⁷⁹, in anderen keinen²⁸⁰. Andere Arbeiten stellten den Bezug zwischen einer stressig bis traumatisch empfundenen Geburt und postpartaler Depressivität her²⁸¹, wobei die Schnittentbindung zum Teil pauschalisierend als traumatisch - und die daraus entstehende Postpartum-Depression als eine Art Belastungsreaktion/PTSD - bewertet wird²⁸². Die Sectio-Indikation als solche scheint keinen nachweisbaren Einfluss auf die postpartale psychische Befindlichkeit zu haben²⁸³.

Werden *frauenspezifische Bedürfnisse* nicht wahrgenommen, sind sie auch nach LoCicero²⁸⁴ ein wesentlicher Faktor für die zunehmende Anzahl an operativen Eingriffen in der modernen, klinischen Geburtshilfe. Sie merkt ebenfalls an, dass eine vom wissenschaftlichen Objektivitätsbegriff geprägte Medizin aus der gewollten Distanz zum „Leiden“ und zum „Patienten“ bzw. der „Patientin“²⁸⁵ – denn zu einer solchen wird eine Kaiserschnitt-Wöchnerin durch die erfolgte OP – heraus grundsätzlich nicht sensitiv für diese Art von Bedürfnissen sei²⁸⁶. Hinzu komme die Tatsache, dass solche von den Frauen *selbst geäußerten Erwartungen und Wünsche*²⁸⁷ an dieses für sie biografisch so zentrale und einschneidende Erlebnis der Geburt²⁸⁸ ihres Kindes oder ihrer Kinder von anderen, nicht-medizinischen Disziplinen vielfach untersucht und dokumentiert worden seien, in die medizinisch-wissenschaftliche Forschungs-Realität aber kaum Eingang gefunden hätten. Von Geburtshelfern oft vermutet und wissenschaftlich gut belegt ist die Tatsache, dass viele erstschwangere Frauen eine eher idealisierte Vorstellung von einer Entbindung im Krankenhaus haben²⁸⁹. Zudem gehen viele Frau-

²⁷⁸ Z.B. Romito (1990), Lipson (1982), O'Hara (1999): „Trend“, Alvaredo (1993), Edwards (1994); Laut Boyce (1992) korrelierte der BDI gut mit seinen Eindrücken, wobei er einen vergleichsweise späten Untersuchungszeitpunkt (3 Monate p.p.) für geeignet erachtet. Für die sekundäre Sectio stellte er ein 6fach erhöhtes Risiko fest, primäre Sectiones hatte er ausgeschlossen. Auch für vaginal-operative Maßnahmen berichtete er von einem signifikanten Einfluss.

²⁷⁹ Bei Hartung/Hartung (1997) litten 75% der „Sectio-Mütter“ (Im Vergleich zu 48% der spontan-vaginal und 60% der vaginal-operativ Entbundenen) an „Blues“, dieser korrelierte mit der „Schwere des Geburtsverlaufes“. Vgl. auch Romito (1990).

²⁸⁰ Vgl. Abschnitt „Prädiktoren“ Kap. 2.3.3.1

²⁸¹ U.a. Andreoli (1989), Lipson (1982)

²⁸² Ryding (1997): Eine Notsectio werde von 76% der Frauen als Trauma erlebt. Vgl. auch Koo (2003).

²⁸³ Bornemann (1989)

²⁸⁴ LoCicero (1993); vgl. auch Maurer/Voegeli (1996) und Odent (1994), denen der erzielte Fortschritt bezüglich der operativen Geburtstechniken als Vorwand für eine wachsende Ignoranz gegenüber physiologischen Geburtsprozessen gilt.

²⁸⁵ U.a. Maurer/Voegeli (1996) und Fox (1999) kritisieren die Pathologisierung von Schwangerschaft und Entbindung, unterstreichen aber auch den möglichen sekundären Krankheitsgewinn gerade von Kaiserschnitt-„Patientinnen“, die sich deshalb auch in manchen Arbeiten stationär besser betreut fühlten. Möglicherweise erfahren sie dies, weil sie besser in das professionelle Profil der im Krankenhaus beschäftigten Personalgruppen passten. Vgl. dazu Hypothesengruppe IV, Kap. 2.4.4.

²⁸⁶ Vgl. Kneuper (2004/5), Bornemann (1989). Als „Kuriosum“ sei noch folgendes angemerkt: Edwards (1994) und Dolan (1994) berichteten über eine deutlich erhöhte Sectorate bei psychiatrischen Patientinnen, welche sie als „therapeutische Maßnahme“ bewerteten.

²⁸⁷ Knight (1987) fand keine Übereinstimmung zwischen erwartetem und tatsächlichem Geburtserlebnis, auch dann nicht, wenn vorher eine grundsätzlich negative Erwartungshaltung bestand. Bei Saisto (2001) waren die stärksten Prädiktoren für die Unzufriedenheit der Frauen mit ihrer Geburt der Wehenschmerz und die „Notsectio“.

²⁸⁸ Auch die „Entbindung als Überforderung“ ist mit dem Auftreten des „Blues“ positiv korreliert (Hartung/Hartung, 1997), hier korrelierte auch die „Schwere der Geburt“ mit deren Dauer.

²⁸⁹ U.a. Romito (1990), Köglberger (2000/1), Kneuper (2004/5), LoCicero (1993), Bornemann (1989); nach Maurer/Voegeli (1996) sind retrospektiv über die Hälfte aller Mütter mit dem Geburtsverlauf unzufrieden,

en ins Krankenhaus²⁹⁰ mit der festen Überzeugung, dort „nichts mit sich geschehen zu lassen, was sie nicht wollen“²⁹¹. Viele überschätzen ihre psychische Stärke damit²⁹²: Nicht erfüllte Erwartungen an die Geburt erhöhen das Risiko für „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression²⁹³. Besonders für Mütter nach einer sekundären Sectio Caesarea scheint es oft schwer zu sein, sich mit dem ungeplanten Geburtsverlauf abzufinden²⁹⁴. Einige Autorinnen und Autoren leiten daraus ab, dass Entbindende noch besser mit in die Entscheidung zur Durchführung vor allem einer primär ungeplanten Schnittentbindung einbezogen werden müssen²⁹⁵. Meist seien die Frauen auf diese Möglichkeit nicht vorbereitet, da Geburtsvorbereitungskurse sich nur selten mit dem Thema Kaiserschnitt befassten. Greene und seine Gruppe konnten belegen, dass diese „Vermeidungstaktik“, die oft auf der Unsicherheit der die Kurse durchführenden Hebammen und deren durchaus verständlichem Wunsch, „Keine unnötige Angst machen zu wollen“, zu beruhen schien, gerade dadurch Ängste hervorrief oder zusätzlich schürte²⁹⁶. Sie konnten aber auch zeigen, dass Frauen eine zweite Schnittentbindung meist anders erlebten, sie bewusster angingen und in vor allem mit der emotionalen Verarbeitung weniger Schwierigkeiten hatten. Sie führten dies auf den beim wiederholten Mal fehlen-

nach Neuhaus (1994) immerhin ca. 33%, davon fühlte sich 1/3 „übergangen“. Diese Aussagen implizieren eine zuvor bestandene Erwartungshaltung, die in vielen Fällen nicht erfüllt wurde.

²⁹⁰ Bemerkenswerterweise scheinen viele Frauen das Krankenhaus eigentlich als einen Ort für Krankheit, womit ihrer Ansicht nach eine Geburt im Normalfall nichts zu tun haben sollte, zu sehen. Dass sie dennoch selbstverständlich dort entbinden, führt z. B. de Jong (1996/2003) auf einen gewissen gesellschaftlichen Druck zurück, den gerade auch Gynäkologinnen und Gynäkologen unreflektiert gegenüber den schwangeren Frauen, die sich ihrem Rat und ihrer Vorsorge anvertrauen, zum Ausdruck bringen. Aufgrund aktueller Datenlage (nach Linder et al. 1996) ist die Entbindung ohne außergewöhnliche Risikofaktoren außerhalb eines Krankenhauses medizinisch gesehen selbst nicht mit erhöhter kindlicher und mütterlicher Morbidität und Mortalität verbunden.

²⁹¹ Nach Kneuper (2004/5) trafen die von ihr befragten Frauen in der Schwangerschaft mehrheitlich die Aussage, bei der Geburt auf Schmerzmittel verzichten zu wollen. Die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit unter der Geburt dennoch Schmerzmittel akzeptiert oder sogar verlangt (vgl. Neuhaus (1994): nur 2% aller Frauen entbanden in dieser Studie ganz ohne Schmerzmittel, obwohl zuvor sogar 96% deren Gebrauch speziell unter der Geburt abgelehnt hatten; vgl. Osternkirchen, 1993?), führt sie auf die Spezialisierung der Geburtsmedizin auf das Kindeswohl zurück, welches das Wohlergehen der Frauen und das vielfältige Spektrum geburtsfördernder Unterstützungsmaßnahmen aus dem Blickfeld verdrängt habe: Die Schmerzbekämpfung sei der einzige Beistand, mittels dessen die Frauen „ihre Angst und Wut im Zaum halten“ könnten. Merritt (2001), Sakkala (1993) und Fox (1999) berichten übereinstimmend von einer erheblichen, teilweise 50%igen Reduktion des Schmerzmittelgebrauches, der Wehendauer und der Sectio-Rate durch spezielle psychologische Unterstützung der Gebärenden.

²⁹² U.a. Nicolson (1998); „Es ist erwiesenermaßen schwer, in einem Moment, in dem man merkt, dass nicht alles so läuft wie man es sich vorgestellt hatte oder - wie einem das Gefühl vermittelt wird - es wohl sein sollte, sich dem Risikobegriff der Ärzte und des restlichen Personals nicht einfach zu beugen und sogar dagegenzuhalten...“ zit. nach de Jong (1996/2003). Bornemann (1989) beschreibt eine Art „Triumphgefühl“ der Frauen, „wenn sie den medizinischen Interventionen möglichst lange widerstanden hatten“. Nach LoCicero (1993) und Romito (1990) werden die Frauen enttäuscht, weil ihre Erwartungen (=subjektiv) von denen der Geburtshelfer (=objektiv) stark abweichen. Neuhaus (1994) und Chalmers/Chalmers (1986) finden dies bei Erstgebärenden - im Vergleich zu mit den Krankenhaus-Umständen bereits vertrauten Mehrgebärenden - besonders auffällig. Francome (1993) merkt an, dass der Status eines Oberarztes „mit sehr wenig Zeit“ über dem der Entbindenden stehe.

²⁹³ U.a. Romito (1990); Hartung/Hartung (1997): Eine ungeplante Klinikgeburt war mit einer Prävalenz von 90% „Blues“ verbunden

²⁹⁴ Arizmendi (1987) und Alvaredo ((1993) beschrieben übereinstimmend das Geburtserlebnis der Sectio-Entbundenen als statistisch zweitwichtigsten postpartalen Stressfaktor (nach dem Faktor „krankes Kind“)

²⁹⁵ Vgl. Bornemann (1989), de Jong (1996/2003), Romito (1990 und 1999), Nicolson (1998)

²⁹⁶ Greene et al. (1989) nach de Jong (1996/2003)

den „Überraschungseffekt“ zurück und schlossen daraus, dass eine Sectio Caesarea kein „Unfall“, sondern eine von allen Beteiligten bewusst getroffene Entscheidung nach genügend erfolgter Vorinformation sein sollte.

Als geeignetes Mittel, die Verwendung von Schmerzmitteln, die Komplikations²⁹⁷- und die Sectio-Rate²⁹⁸ zu senken und dadurch, aber auch an sich, die psychische Befindlichkeit der Frauen möglichst positiv zu beeinflussen, gilt der frühzeitige Einsatz von *social support* schon unter der Geburt²⁹⁹. Dies kann durch eine von der Frau selbst gewählte Vertrauensperson erfolgen, oder aber auch durch eine Hebamme des Hauses³⁰⁰, zu der bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut worden war oder durch personelle Kontinuität während des Geburtsverlaufes aufgebaut werden konnte. Dass der Wehenverlauf von psychischen Faktoren maßgeblich beeinflusst wird, gilt als erwiesen³⁰¹: Betont werden in der genannten Literatur die Bedeutung einer wachsam und geduldigen, empathischen Begleitung im Vertrauen auf die Physiologie des Geburtsprozesses. Mit dem Schmerzmitteleinsatz an sich unter der Geburt korreliert das Auftreten der Postpartum-Depression positiv³⁰².

Für die psychische Befindlichkeit der Frauen scheint der subjektive Verlauf wesentlich mehr Bedeutung zu besitzen als der objektive³⁰³. Trotzdem werden Gebärende zusehends Effizienz-Standards unterworfen und dadurch unter massiven Druck gesetzt³⁰⁴, sowohl die Individualität der Geburt als auch ihre Physiologie werden missachtet³⁰⁵ und der Wille, das Vertrauen und der Zugriff auf die eigenen Reserven der Entbindenden untergraben³⁰⁶.

²⁹⁷ In der betreuten Gruppe mussten postpartal weniger Kinder verlegt werden, es trat weniger Fieber auf. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht in ihrem Risikoprofil (Sakala, 1993).

²⁹⁸ Zum Teil auf 8%, auch Forceps-Entbindungen und Wehendauer gingen zurück (Sakala, 1993).

²⁹⁹ U.a. Fox (1999), Bornemann (1989), Francome (1993), Sakala (1993), Shearer (1993), Maurer/Voegeli (1996)

³⁰⁰ Parallel zu der massiven Abwertung der Position der Hebamme als eigentlich kompetente Profession für die Leitung auch von stationären Geburten in den 60er Jahren des 20sten Jahrhunderts durch den zunehmenden ärztlichen Einfluss erfuhr die empathische Unterstützung der Entbindenden mittels psychologischer und sozialer Faktoren eine ebenso massive Abwertung gegenüber den medizinischen Interventionsmöglichkeiten (u.a. nach Nicolson, 1998, Schneider, 1997, Fox, 1999). Einher ging die Orientierung am Pathologischen anstatt am Physiologischen und die Umdeutung des „kulturellen Konstruktes Geburt“ (Oakley, 1981) vom sozialen zum medizinischen Ereignis (u.a. Sakala, 1993, Fox, 1999). Angemerkt sei nach While (1995), dass sogar die DSM-Klassifikation (*health beliefs and practices*) den kulturellen Einfluss auf die menschliche Identität und die „Krankheitspräsentation“ des Einzelnen in Form kulturell „akzeptabler“ Symptome anerkennt. Etliche Autorinnen und Autoren fordern bereits für jede durchgeführte - auch und gerade medizinische - Studie den Maßstab für mehr Sensibilität bezüglich des sozialen Kontextes (u.a. While (1995), Fox (1999), Nicolson (1998 und 1999).

³⁰¹ LoCicero (1993)

³⁰² U.a. Alvaredo (1993)

³⁰³ Vgl. u.a. Hartung/Hartung (1997), Nicolson (1998), Kneuper (2004/5), Bornemann (1989)

³⁰⁴ Sakala (1993) bezeichnet dies als *oppressive climate of doubt*.

³⁰⁵ Die Definition der Dystokie von 12h oder weniger zeigt, dass auch eine physiologische längere Wehendauer zunehmend weniger toleriert wird (vgl. Francome, 1993, Maurer/Voegeli, 1996; Sakala, 1993: bei einer Wehendauer über 12h entbanden 42% der Frauen schließlich per Sectio und 46% vaginal-operativ). Walcher (1993) konnte zeigen, dass noch in den 50er Jahren des 20sten Jahrhunderts Geburten durchschnittlich deutlich länger dauerten als heutzutage. AML steht für *Active Management of Labour*: Dieses in den USA gestartete Programm macht den Zeitgeist überdeutlich, sein erklärtes Ziel ist die „erfolgreiche Beendigung“ jeder Geburt binnen 12h, notfalls mittels Blasensprengung und Oxytocin-Gaben.

³⁰⁶ U.a. Sakala (1993), Nicolson (1998), Romito (1990), Bornemann (1989), Fox (1999)

Zum Teil konnte die „Anwesenheit von zu vielen Profis“ als mütterlicher „Angstverstärker“ und damit als Komplikations-Auslösender oder -verstärkender Faktor im Geburtsverlauf identifiziert werden³⁰⁷. Auch negative Zusammenhänge sowohl zwischen dem aktiven Eingreifen als auch dem vermittelten „Stress“ des ärztlichen Personals und der Zufriedenheit der Wöchnerin mit dem Geburtserlebnis konnten belegt werden³⁰⁸. Ferner zeigte sich, dass die Einschätzung der Hebammen im Gegensatz zu anderen Personalgruppen betreffs der mütterlichen Befindlichkeit mit der eigenen Einschätzung der Frauen am besten übereinstimmte³⁰⁹. Das „Kräfteungleichgewicht zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in“ speziell als Einfluss auf die Befindlichkeit der Frauen kommt offensichtlich schon bei der medikalisierten spontanen Geburt zum Tragen, umso mehr bei einer Schnittentbindung³¹⁰.

Wenn die Befindlichkeit von Frauen nach einer Geburt, die gleichzeitig einen operativen Eingriff mit verschiedenen möglichen Narkoseformen darstellt, untersucht wird, müssen diese dadurch bedingten speziellen Einflussgrößen berücksichtigt werden. Eine in Vollnarkose³¹¹ von ihrem Kind oder ihren Kindern entbundene Mutter, die möglicherweise selbst noch eine gewisse Zeit der Rekonvaleszenz beanspruchen muss und sich schließlich der unten näher beschriebenen Situation – die Trennung von ihrem Kind oder ihren Kindern und deren Unterbringung im Inkubator auf der Neugeborenen-Intensivstation - ausgesetzt sieht, kann noch leichter als andere Mütter das sogenannte „Whose-Baby-Syndrom“³¹² entwickeln. Immer wieder wird von dem Gefühl der Frauen, die „Entbindung wegen der Vollnarkose verpasst“ zu haben, berichtet. Mehrere Arbeiten berichten auch von vermehrten Stillschwierigkeiten nach einer Sectio-Entbindung - vor allem unter Vollnarkose³¹³. Eine streng kausale Beziehung zwischen diesen Faktoren kann weder angenommen noch nachgewiesen werden, da gerade bei einer Kaiserschnittentbindung zu viele andere Einflussfaktoren postuliert und berücksichtigt werden müssten, die aber in der bisherigen Forschung zum Teil noch nicht differenziert genug erfasst werden konnten.

Frauen mit einer PDA als anästhetische Maßnahme für den operativen Eingriff berichten überwiegend positiv von ihren Empfindungen, selbst wenn sie manche Details befremden

³⁰⁷ Z.B. Arizmendi et al. (1987); u.a. Nicolson (1998) unterstreicht den „Leistungsdruck“, der für die Frauen daraus entstehen kann.

³⁰⁸ Schwab (1993)

³⁰⁹ Schwab (1993) schließt daraus, dass die subjektive Geburtserfahrung für die geburtshilfliche Praxis eine sehr hohe, aber bisher mangelhaft erforschte Bedeutung habe.

³¹⁰ U.a. Fox (1999), Kneuper (2004/5), Köglberger (2000/1)

³¹¹ Bis zu 80% der ITN sollen allein Personalentscheidungen zugrunde liegen (Bornemann, 1989).

³¹² de Jong (1996/2003) beschreibt ihre Erfahrungen mit diesen Frauen, die Schwierigkeiten haben, ihr Baby als *ihr eigenes* Baby anzunehmen. Lipson (1982) und Nicolson (1998) beschreiben die Selbstwahrnehmung der Frauen als ein „professionell ausgeleertes Gefäß“. Nicolson fügt noch hinzu, dass die daraus resultierenden Versagensgefühle der Frau und die von ihr erwartete Dankbarkeit für die erfahrene „Hilfe“, die in Wirklichkeit eine Intervention mit Traumatisierungspotential sei, zu „Befindlichkeitsstörungen“ führen *müsse*.

³¹³ U.a. Bornemann (1989), de Jong (1996/2003)

oder belasten³¹⁴. Das Erleben des ersten Schreies des Kindes oder der Kinder und ihre geistige „Fitness“, das „Da-sein“³¹⁵, stellen sie jedoch in den Vordergrund. Ein weiterer Vorteil der PDA besteht für die Frauen in der zusätzlichen Möglichkeit der postoperativen Schmerzkontrolle, der Nachteil besteht in ihrem verzögerten Wirkungseintritt von ca. 40 Minuten, so dass sie bei vielen sekundären Sectiones und Notkaiserschnitten nicht zum Einsatz kommen kann, es sei denn, sie wurde schon vorher zur Schmerzkontrolle der ursprünglich vaginal geplanten Geburt angelegt. Für Frauen mit kritisch hohen Blutdruckwerten ist sie durch ihre blutdrucksenkende Wirkung ebenfalls geeignet, wobei starke Blutdruck-Schwankungen ihre Anwendung wiederum ausschließen. Ebenso kann durch eine PDA die Wärmeregulation der Entbindenden gestört werden, eine Assoziation zu gehäuftem *fetal distress* ist zu finden³¹⁶. Abgesehen davon scheint die vermehrte Anwendung der PDA zu einem erhöhten Verbrauch an Wehen-induzierenden Medikamenten sowie zur erhöhten vaginal-operativen und Schnitt-Entbindungsrate beizutragen³¹⁷. Noch Tage nach der OP bzw. Geburt kann das Unterleibsgefühl der Frauen erheblich beeinträchtigt sein, ungefähr 15% der Wöchnerinnen leiden nach der PDA unter starken Kopfschmerzen³¹⁸. Als mögliche Langzeitfolgen werden unter anderem Harninkontinenz und chronische Rückenschmerzen diskutiert³¹⁹.

U.a. Oakley³²⁰ konnte jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen dem Auftreten des „Blues“ bzw. der Postpartum-Depression und einer Entbindung mit PDA aufzeigen. Thalassinós beschrieb bei Frauen nach einer Sectio-Entbindung - vor allem unter ITN³²¹ - noch ein Jahr postpartal eine erhöhte Beeinträchtigung sowohl durch physische als auch psychische Schwierigkeiten. Akut könnten die Frauen dies oft noch gut kompensieren³²².

³¹⁴ Z. B. das „Ruckeln“ und „Reissen“ an und in ihrem Körper, weitestgehend ohne Schmerzwahrnehmung (de Jong, 1996/2003); Bornemann (1989) beschreibt „lebhaftere Erinnerungen“ der Frauen auch an die OP-Vorbereitungen und an das „nur mit sich selbst beschäftigte“ Personal.

³¹⁵ U.a. Bornemann (1989) wertet dies als gelungenen Kontrollerhalt für die Frau, gegenüber der ITN bestünden aus diesem Grund von Seiten der Frauen erhebliche Vorbehalte.

³¹⁶ Odent (1996a), Francome (1993) sieht dies durch die unter PDA vermehrt notwendige Gabe von wehenfördernden Medikamenten verursacht, die ihrerseits vermehrten *fetal distress* bewirkten.

³¹⁷ U.a. Schücking (1996), Odent (1996a), Francome (1993); Kästner (1999) legt eindrucksvolle Zahlen vor: bei 59% der „normalen“ (ohne Hochrisiko-SS) Geburten komme die PDA ausschließlich als schmerzlin-dernde Maßnahme zur Anwendung. Ohne PDA entbanden 94% der Frauen spontan, unter PDA nur 44%.

³¹⁸ Bornemann (1989)

³¹⁹ Odent (1996a)

³²⁰ Oakley (1981) befragte 55 Primiparae zu zwei Zeitpunkten in der Schwangerschaft (14. und 34. SSW) und im Wochenbett (5 und 20 Wochen p.p.) in offenen Interviews. Sie stellte eine Prävalenz von 84% „Blues“ und 24% „Depression“ fest. „Blues“ definierte sie als gemeinsames Auftreten der Symptome *dysphoric mood*, *heightened sensitivity* und *episodes of crying*. Vgl. auch Romito (1990) und Garrel nach Hartung/Hartung (1997). Eine in diesem Zusammenhang ungewöhnlich anmutende Arbeit über Mutterschaft sei erwähnt, nachdem auch die menschliche Geburt von den gleichen Gehirn-Strukturen wie die Geburt bei anderen Säugern gesteuert wird (Odent, 1994) gesteuert wird: Krebhiel (1987) fand deren mütterliches Verhalten um so schwerer gestört bzw. zum Teil überhaupt fehlend, je früher die PDA im Geburtsverlauf gesetzt worden war. Fox (1999) zitiert Frauen nach einer vaginalen Entbindung unter PDA, die es ausdrücklich vermissten, „nichts gespürt“ zu haben.

³²¹ Garrel nach Hartung/Hartung (1997) fand bei nur 3,4% der PDA-anästhesierten Frauen im Gegensatz zu 24,3% der Frauen nach ITN eine PPD: In Bezug auf die PDA ist die psychische Beeinträchtigung umstritten, welche nach einer ITN allgemein als anerkannt gilt. Vgl. Edwards (1994), Romito (1990).

³²² Bornemann (1989) beschreibt eine von ihm zumeist angetroffene, überwiegend fatalistische „auch-das-wird-vorübergehen“-Mentalität der Frauen.

Die Rolle des empfundenen Schmerzes in Bezug auf die Geburt muss bei Kaiserschnitt-Entbundenen differenziert betrachtet werden. Frauen nach sekundärer Sectio haben im Gegensatz zu den Frauen mit geplantem Kaiserschnitt meist Wehenschmerzen erlebt. Nach der Geburt stehen oft die aktuellen Wundschmerzen im Vordergrund, jedoch nicht immer³²³. Generell scheinen „Sectio-Patientinnen“, aber auch das medizinische Personal in Bezug auf die postpartale Schmerzempfindung eine kognitive Strategie der Bagatellisierung zu betreiben³²⁴. Für sie wird zum Teil eine signifikante „depressive Schmerzreaktion“ mit einem Maximum vom dritten bis zum fünften postpartalen Tag beschrieben, bezüglich der euphorischen Komponente unterschieden sie sich bei Ostkirchen (1996) von den vaginal entbundenen Frauen durch eine postpartal eher zunehmende anstatt abfallende euphorische Stimmung.

Andere Arbeiten konnten keinen Einfluss des *technischen* Schmerzmanagements auf die Zufriedenheit der Frauen mit ihrer Geburt oder ihre postpartale Stimmungslage finden³²⁵

Viele Frauen haben noch keine Erfahrungen mit Operationen³²⁶ an ihrem eigenen Körper, dies ängstigt sie in unterschiedlichem Ausmaß. Die Angst wird von ihnen selbst meist durch das für sie im Vordergrund stehende „Wohl des Kindes“³²⁷ oder diverse auf ihren eigenen Körper bezogene Ängste relativiert³²⁸. Auch bei rein chirurgischen, „postoperativen“ Patientinnen konnten „Blues“-Symptome festgestellt werden, Levy (1987) fand die Symptomatik von Patientinnen, die sich einer *major surgery* unterzogen hatten, der Wochenbettsymptomatik qualitativ und quantitativ entsprechend³²⁹. Im Vergleich zu Wöchnerinnen wiesen hysterektomierten Frauen bei Kendell (1984) keinen Fünf-Tages-Peak bezüglich des „Blues“ auf, früher entlassenen Frauen ging es im vergleichsweise besser. Thalassinós (1993) stellte mehr Ähnlichkeiten zwischen dem Befinden³³⁰ der Gruppen der Frauen nach Kaiserschnittgeburt und

³²³ Viele Autorinnen und Autoren schätzen das quantitative Schmerzerlebnis selbst für primär sectionierte Frauen aufgrund des post-OP-Schmerzes als durchschnittlich höher ein als das der spontan Entbundenen (u.a. Romito, 1990)

³²⁴ Ostkirchen führt dies auf das Paradox von akuten erlebten Schmerzen innerhalb eines „positiven Settings“ zurück, stellt als Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden fest, dass letzere sich post-OP mehr beeinträchtigt fühlten, aber am Ende des Krankenhausaufenthaltes dennoch weniger depressiv waren. Sie erläutert ihr Konzept von „Schmerz“ als eine diffuse Mixtur aus emotionalen, kognitiven und behavioralen Komponenten.

³²⁵ Z.B. Salmon (1992), Schwab (1993)

³²⁶ Die Sectio Caesarea gilt als die weltweit am häufigsten ausgeführte OP (Schücking, 2004).

³²⁷ Odent (1996a) nennt Studienergebnisse, denen zufolge ein Zusammenhang zwischen der Narkose unter der Geburt und späterem Suchtverhalten des Kindes gefunden werden konnte. Die Säuglingssterblichkeit korreliert seiner Meinung nach nicht mit dem speziell medizinischen, sondern mit dem allgemeinen Lebensstandart einer Population.

³²⁸ U.a. de Jong (1996/2003); Kneuper (2004/5) nimmt deutlichen Bezug auf diese Argumentation von Müttern, aber auch des Personals und des allgemeinen sozialen Umfeldes, welche sie unter dem Begriff „Pädo-zentrismus“ subsummiert

³²⁹ Vgl. Mutryn (1993); Iles (1989) beschreibt für rein postoperative Frauen wesentlich höhere „Blues“-Scores als für spontan entbundene Wöchnerinnen.

³³⁰ Er stellte mehr Angst und Stimmungsschwankungen bei ersteren fest, in der Gruppe der hysterektomierten Frauen klang die Symptomatik jedoch am schnellsten ab. Auch Lipson (1982) stellte eine auffallend lang anhaltende Befindlichkeits-Beeinträchtigung bei Kaiserschnitt-Wöchnerinnen fest.

Hysterektomie als jeweils zu den vaginal entbundenen Frauen fest. Alpträume scheinen eine regelhafte Folge nicht nur der Sectio Caesarea als chirurgischer Eingriff zu sein³³¹.

Die postoperative Erholung kann durch adäquate Information der Frauen erheblich erleichtert und verkürzt und beispielsweise auch der Schmerzmittelverbrauch gesenkt werden³³². Gerade Sectio-Entbundene benötigen offensichtlich längere postpartale Erholungszeiten³³³. Nur etwa ein Fünftel der Mütter scheinen die postoperative Phase aufgrund der Schmerzen, der Schwäche und der medizinischen Interventionen *nicht* als belastend zu empfinden³³⁴.

Explizit in Bezug auf die Entbindung mittels Kaiserschnitt stellt sich die Frage nach dem Umgang mit dem Risikobegriff nochmals unter dem speziellen Aspekt der mentalen Fassbarkeit für die betroffenen Frauen, aber auch für die beratenden Ärzte, in den Mittelpunkt: Das o.a. Risiko einer dreifach erhöhten Müttersterblichkeit und einer Morbidität der Mütter von 15%, unter denen Infektionen den Hauptanteil stellen, muss der Indikation zur Schnittentbindung, die im Regelfall ebenfalls aufgrund eines vorliegenden Risikos zu stellen ist, objektiv gegenübergestellt werden können. In geburtshilflichen Lehrbüchern kann man zur Optimierung dieses fragilen (Un-)Gleichgewichtes wiederholt lediglich knapp und lapidar formulierte, ungenügend konkretisierte Empfehlung finden, nämlich „die heutige mütterliche - und natürlich auch kindliche - Morbidität und Mortalität“ ganz allgemein durch „Verbesserung der Schwangerenvorsorge, *Intensivierung* der Überwachung unter der Geburt sowie weitgehende Vermeidung von *überstürzten* Notoperationen“ „weiter“ senken zu können. Eine eher differenzierte, konkrete und damit auch praktisch umsetzbare Variante solcher Vorschläge könnte umständlich und verkürzt, aber treffender formuliert lauten: „...bei aufgrund von evidenten Kriterien identifizierten, speziellen Schwangeren mit einer tatsächlich überzufälligen Häufung von Risiken.“

Beim heutigen hohen Standard der geburtshilflichen Medizin können nur solche Frauen von einem *zusätzlich* intensivierten Angebot profitieren, die tatsächlich genau die Arten von „Risiken“ aufweisen, für die überhaupt ein reelles diagnostisches und therapeutisches Angebot seitens unserer hoch entwickelten Medizin besteht³³⁵. Alle anderen Schwangeren werden bei einer unkritischen und undifferenzierten, „risikobetonenden“ „Vorsorge“ unnötig bzw. sogar kontraproduktiv mit einem speziellen medizinischen Risikobegriff ohne vor allem emotional

³³¹ Bornemann (1989)

³³² Greene (1989), Wallace/King nach Romito (1990); Francome (1993) bestätigt dies auch für Wöchnerinnen, unabhängig vom jeweiligen Geburtsmodus.

³³³ Ebenso Frauen nach Geburten mit „langer Wehendauer“. 25% dieser von Tulman (1991) befragten Frauen hatten sich 6 Monate nach der Geburt körperlich noch nicht erholt.

³³⁴ Bornemann (1989)

³³⁵ Die außerordentliche Diskrepanz der diagnostischen im Vergleich zu den therapeutischen Möglichkeiten wirft pränatal erhebliche ethische Problematiken auf (Schindele, 1997). Die Zahl der Untersuchungen und Maßnahmen im Rahmen der ärztlichen Schwangerenvorsorge hat sich innerhalb der letzten 15 Jahr verfünffacht und scheint den Mythos zu beschwören, per se die Macht zu haben, ein gesundes Baby hervorbringen zu können - falls ihre Regeln eingehalten werden, die die Frauen regelhaft unter besonderen Druck aufgrund der ihnen damit auferlegten Verantwortung setzen (Kneuper, 2004/5, Schindele, 1997, Nicolson, 1998, Romito, 1990)

fassbare Vergleichbarkeit mit sog. „Alltagsrisiken“ konfrontiert. Dies nimmt nachgewiesenermaßen auf ihre persönliche Interpretation des Geschehens sowie ihre Befindlichkeit vor und nach der Geburt erheblichen Einfluss, wie o.a. Arbeiten illustrierten.

Unbestritten erscheint in der Literatur der zunehmende Verlust geburtshilflicher Kompetenz in Bezug auf konventionelle Entbindungstechniken durch die hohe Sectio-Raten, welcher per se sogar eine Risikosteigerung für die Entbindenden bedeute³³⁶. Zu befürchtende rechtliche und auch soziale Konsequenzen tragen zu einem „Sicherheitsstreben“ des Personals zugunsten frühzeitiger Interventionsentscheidungen bei³³⁷: Die Schnittentbindung stellt sicherlich in einigen dieser Fälle einen „einfachen“, weil anerkannten Weg dar, „eine stressige Situation zu beenden“³³⁸. Dass aber die Ängste seitens der Geburtshelfer mit dem Maß ihrer Erfahrung abnehmen, kann sowohl empirisch-intuitiv als auch mittels verschiedener Arbeiten nachgewiesen werden³³⁹.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass es auch zahllose Frauen gibt, die den medizinischen Sicherheitsbegriff internalisiert haben, deswegen nur in technisch überdurchschnittlich ausgestatteten „Geburtszentren“ entbinden und eine Kaiserschnittgeburt aus vielerlei Gründen³⁴⁰ für sich nicht nur nicht ausschließen, sondern sogar wünschen. In Brasilien und China hat diese Haltung gegenüber der Sectio dazu geführt, dass die spontan-vaginale Entbindung mittlerweile als Stigma der materiell weniger privilegierten Schichten angesehen wird³⁴¹. Frauen, die

³³⁶ U.a. Barker (1998) nach Kneuper (2004/5), Francome (1993), Odent (1994), Sakala (1993), Schücking (2004), Bornemann (1989), Berkowitz (1989) sehen in der Angst der Geburtshelfer vor u.a. auch rechtlichen Konsequenzen einen wesentlichen Steigerungsfaktor für die Sectio-Rate. Unerfahrenheit in Bezug auf das Spektrum möglicher physiologischer Geburtsverläufe und mangelnde Kooperationsfähigkeit im Team sowie die „Angsttradition“ der geltenden Rechtsprechung unterstützten diesen Trend zusätzlich

³³⁷ Francome (1993) fordert als Konsequenz mehr Rechtsicherheit für die Geburtshelfer durch differenziertere Gutachten und ein professionelles Training im Umgang mit deren Angst, die sie auch auf ihre Umgebung und die entbindenden Frauen ausstrahlen. Vgl. auch Maurer/Voegeli (1996), Linder (1997).

³³⁸ U.a. Sakala (1993), Francome (1993)

³³⁹ Vgl. u.a. Maurer/Voegeli (1996), Odent (1996a und b), Sakala (1993)

³⁴⁰ Nach Schücking (2004) wünschen sich Frauen in Deutschland zu 4-7% von sich aus eine Kaiserschnittentbindung. Dieser Wunsch korrelierte signifikant mit Angst und Depressivität in der Schwangerschaft. Ängste vor dem Wehenschmerz, aber auch vor den oft als unvermeidlich hingestellten Folgen einer vaginalen Geburt wie „Ausgeleiert fühlen“, „eine gedehnte, verformte Scheide“ zu bekommen (eine klare Stellungnahme gab diesbezüglich die Internationale Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ab, indem sie diese „Indikation“ als „unethisch“ verwarfen, nach Schücking, 2004), inkontinent (erst etwa ab der dritten Geburt ist die Geburt selbst als Risikofaktor für eine Inkontinenz zu werten, die überwiegende Einflussgröße scheint das Gewicht des Kindes im letzten Schwangerschaftsdrittel darzustellen) zu werden, eine verringert empfundene sexuelle Attraktivität für den Partner auszustrahlen u.v.m. beschäftigen die Phantasie der Frauen und der Gesellschaft in unterschiedlichstem Ausmaß (Mutryn, 1993, Sakala, 1993) Die Presse schürte diese zusätzlich, in den letzten Jahren kam es zu einer Reihe von undifferenzierten und mangelhaft recherchierten, aufreißerisch aufgemachten Artikeln in populärwissenschaftlichen Zeitschriften und Magazinen wie FAZ (z.B. Artikel v. Lenzen-Schulte, 12.1.2005), Spiegel, Focus etc. De Jong zitiert in ihrem Buch von 1996/2003 Frauen, die ihre Einstellung zur Geburt entsprechend äußerten.. Ein Oberarzt der LMU, Dr. R. Kästner, spricht in einem entsprechenden Artikel (Löffler, 2005) das Problem der mangelnden Aufklärung der Frauen und ihre auf o.a. Ängste beruhende Entscheidung zugunsten des Kaiserschnitts an (vgl. u.a. auch Bornemann, 1989, und While, 1995). Ein weiterer Grund kann für eine Frau gerade auch der Wunsch nach „erhaltener Kontrolle“ über die Geburt sein, ebenso kann er eine Folge sexueller Traumatisierung darstellen (Friedrich, 1997, Reynolds, 1997).

³⁴¹ Béhague (2002), Sakala (1993) fügt bezüglich der brasilianischen und auch argentinischen Verhältnisse an, dass Geburtenkontrolle dort staatlicherseits nicht toleriert werde und eine operative Entbindung eine gleich-

sich den Kaiserschnitt finanziell leisten können, entbinden überwiegend per Sectio. Dies führte je nach Klinik zu Raten von ca. 60 bis 90%. Dort³⁴² konnte kein direkter Zusammenhang zwischen dem Auftreten des „Blues“ oder der Wochenbett-Depression im Sinne einer Beeinträchtigung der Mütter durch die Medikalisierung nachgewiesen werden.

In Bezug auf „Wunschsectiones“ von Frauen hierzulande erläuterte der Münchener Oberarzt Dr. R. Kästner in einem Interview, dass die Frauen diesen aufgrund ihrer Schuldgefühle ihrem Umfeld gegenüber oft verheimlichten³⁴³. Der Arzt und Geburtshelfer Dr. E. Salig wählte deutliche Worte für die hierzulande meist noch unbewusst ablaufenden Entwicklung des Wunsches nach einer geplanten Schnittentbindung³⁴⁴: Jede dritte „Sectio“ sei überflüssig, die Mütter glaubten jedoch an deren „Notwendigkeit“³⁴⁵, weil es ihnen gegenüber vor allem ärztlicherseits so vertreten worden war. In Wirklichkeit seien eben diese Ärzte keine guten Geburtshelfer³⁴⁶, wenn sie die Geburt nicht durch kompetente Begleitung unter Berücksichtigung der physiologischen Vorgänge leiteten und damit die Anzahl der primären und sekundären Sectiones auf das tatsächlich notwendige Maß beschränkten – und den Frauen anderes „einredeten“³⁴⁷.

Anders formuliert trägt die in Medizin und Gesellschaft nicht nur als besonders „sicher“, sondern auch als „sanft“, oder gar „schmerzfrei“ geltende moderne stationäre Entbindung unter maximalem Technikeinsatz eine logische Weiterentwicklung hochmedikalisierten Ansätze schon in sich: Die Forderung nach „Durchführung des Machbaren“³⁴⁸ - gemeint ist die Ausschaltung auch der noch verbliebenen Schmerzen und Unwägbarkeiten einer sowieso schon kaum mehr „natürlich“ ablaufenden vaginalen Entbindung - wird zunehmend erhoben³⁴⁹. So schafft sich auch hierzulande die Diskussion um den so genannten „Wunschkaiserschnitt“ breiteren Raum mit dem Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht der Frauen sowohl von Seiten der Frauen als auch von fachlich-gynäkologischer Seite her. Hier wird auch der Risikobegriff anders gehandhabt: Die im Prozentbereich angesiedelten höheren Risiken durch Kai-

zeitige - eigentlich illegale - Gelegenheit zur Tubenligatur biete, was vor allem von Frauen mit höherem sozioökonomischen Status genutzt werde. Vgl. auch Mutryn (1993).

³⁴² Rhode et al. (1997)

³⁴³ Nach Löffler (2005)

³⁴⁴ Nach de Jong (1996/2003)

³⁴⁵ Bornemann (1989) stellte diesbezüglich fest, dass „Eltern zu *allem* bereit sind, wenn sie sich Sorgen um ihr Kind machen“.

³⁴⁶ Im Canadian Consensus Report von 1985 konnten nur 3% der befragten Geburtshelfer alle 8 gestellten Fragen fachlich korrekt beantworten, lediglich 26% 4 oder mehr Fragen.

³⁴⁷ Vgl. auch Francome (1993)

³⁴⁸ Die von der modernen Medizin vermittelte „Machbarkeit“ der „perfekten Geburt“ weckt und enttäuscht die Erwartungen der Frauen, aber auch der Geburtshelfer. Dies führt, vor allem seitens der Frauen, zu Versagensgefühlen, wenn erhoffte Vorstellungen nicht eintreten. Fraglich erscheint daher die zentrale Rolle der medizinischen Interventionen in Bezug auf eine unhinterfragte Erwartungshaltung (nach Schücking (2004), Fox (1999), Bornemann (1989), Lipson (1982):

³⁴⁹ Fox (1999) beschreibt eine mögliche „positive Nutzung“ dieser Möglichkeiten durch bestimmte Frauen und kritisiert die „Engstirnigkeit der Wissenschaft“ sogar diesbezüglich.

terschnittmorbidity und -Mortalität würden, anders als sonst die Risiken in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt allgemein, erstaunlich wenig thematisiert³⁵⁰.

Erst in neuerer Zeit geriet ein weiterer Gesichtspunkt der weltweit steigenden Kaiserschnitt-raten in das Blickfeld der Forschung: Mütter mit „Zustand nach Sectio“ scheinen weniger bald und weniger oft nach der Geburt ihres ersten Kindes eine erneute Schwangerschaft anzustreben oder einfach schwanger zu werden: nach fünf Jahren waren im Vergleich mit vaginal entbundenen Müttern 11% weniger „Sectio-Mütter“ erneut schwanger geworden. Es gibt bereits Arbeiten, die eine erhöhte sekundäre Sterilitätsrate - vor allem als Spätfolge von Infektionen als Komplikation - nach Kaiserschnitten belegen³⁵¹. Eine Metaanalyse von 22 Studien belegt Sterilitätsraten zwischen 21 und 84% nach sekundärer Sectio, nebst einem signifikant erhöhten Risiko für vorzeitige Plazentaablösungen und vermehrtem Vorliegen einer Placenta praevia totalis bei nachfolgenden Schwangerschaften.

In der Literatur werden neben den vielfältigen physischen auch die psychischen Folgen für die Frauen selbst und deren näheres soziales Umfeld³⁵² exploriert. Wiederkehrend finden sich Themen wie „Kontroll- und Empfindungsverlust der körpereigenen Funktionen und der persönlichen Autonomie“³⁵³ - vielfach als eigener Prädiktor für den „Blues“³⁵⁴ oder die Postpartum-Depression gewertet³⁵⁵, „Verlust von Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl“³⁵⁶, „Rollenkonflikte“³⁵⁷ und ein breites Spektrum von Gefühlsempfindungen von Erleichterung über das gesund geborene Kind über Distanz zu selbigem bis hin zu Gleichgültigkeit, Unzufriedenheit, Scham, Kummer, Verwirrtheit, Verdrängung, Hilflosigkeit und auch Gefühlen der „Überwältigung“: Angst³⁵⁸, Verletztheit, „um-etwas-betrogen-worden-sein“, Frustration, Schuld, Feindseligkeit, Depressivität und Traumatisierung³⁵⁹. Ganz besonders spezifisch

³⁵⁰ de Jong (1996/2003), Sakala 1993) spricht von der „Why-Not-Attitude“, die der Sectio-Entbindung zusehends anhängt.

³⁵¹ Vgl. Garrel et al., nach de Jong (1996/2003), Zdeb/Logrillo 1984, Bornemann (1989), Francome (1993)

³⁵² Z. B. English (1985 und 1999) und Mutryn (1993); in der Literatur gilt sie überwiegend als ein für die betroffene Frau negativeres Geburtserlebnis als die vaginale Geburt (vgl. u.a. Romito, 1990, Lipson, 1982)

³⁵³ Z.B. „Angst vor dem Ausgeliefert-sein“ (Hartung/Hartung, 1997), die Stress-reduzierende Bedeutung des erhaltenen Kontrollgefühls für die Frauen betonen u.a. Chalmers/Chalmers (1986), Salmon (1992), Neuhaus (1994); Nicolson (1998) sieht darin auch die Ursache für die oft bessere Befindlichkeit von Wöchnerinnen nach primärer, geplanter Sectio; Ballard (1995) weist wie Friedrich (1997) auf die mögliche Folge eines PTSD als Folge des traumatisierenden Kontrollverlustgefühls hin. Dieses setze binnen 48 ein und klinge individuell ab. Fox (1999) weist darauf hin, dass sich das Gefühl von „erhaltener Kontrolle“ für jede Frau auf andere Faktoren beziehe. Vgl. auch Salmon (1992).

³⁵⁴ U.a. Fisher (1997), der den „BB“ ebenfalls als PTSD deutet.

³⁵⁵ U.a. Romito (1990)

³⁵⁶ Hobfall (1987) identifizierte den Faktor „Selbstsicherheit“ als starken negativen Prädiktor für die PPD.

³⁵⁷ Brockington (1996) spricht von *role failure* in Bezug auf depressive „Befindlichkeitsstörungen“.

³⁵⁸ Augustin (1976) fand die Angst bei Wöchnerinnen im Vergleich zu post-OP-Patientinnen auffallend ausgeprägt, letzteren schrieb er hingegen insgesamt eine vergleichsweise ausgeprägte negative Stimmungslage unmittelbar post-OP zu.

³⁵⁹ U.a. Friedrich (1997) und Brockington (1996) berichteten von Frauen, die sich durch die Kaiserschnitt-Geburt „vergewaltigt“ und „erniedrigt“ fühlten. Dies führe je nach Persönlichkeit zu vermehrten „Aggressionen“, aber auch manchen Fälle zu PTSD-Symptomatik, welche nach Friedrich der „klassischen“ PPD-Symptomatik „verblüffend“ gleicht. Bornemann (1989) weist darauf hin, dass die Umstände einer Sectio

scheint auch das bei den Kaiserschnitt-entbundenen Müttern immer wieder zu findende Thema des „Versagt-habens“, keine „richtige“ Geburt „zustande gebracht“ oder „durchgestanden“ zu haben, sich wie eine „Versagerin“ zu fühlen³⁶⁰. Viele Frauen sprechen mehr oder weniger deutlich Schuldgefühle oder das Gefühl, „versagt“ zu haben oder „nicht genug für das Kind getan“ zu haben, an³⁶¹. Sie selbst beschreiben Ängste in Bezug auf ihre Bindung zum Kind, leiden unter Bildern wie beispielsweise diesem: das Kind „aus ihrem Bauch geklaut und dann schön eingewickelt als Geschenk präsentiert“ bekommen zu haben. Sie fühlen sich als „Wrack“, als leeren Behälter, aus dem das Kind „herausgeschnitten“, „befreit“ wurde. Sie vermissen das von vaginal entbundenen Frauen immer wieder angesprochene Gefühl des Triumphes nach der Geburt, den Stolz auf die enorme Leistung, die der Körper dieser Frauen „erfolgreich“ vollbringen konnte³⁶². In der Literatur wird auf die Folgen dieser defizitären Gefühlslage für das Selbstverständnis solcher Frauen als Mütter und sogar darüber hinaus, alle anderen persönlichen Lebensbereiche der betroffenen Frauen erfassend³⁶³,

hingewiesen. Der gesellschaftliche Druck wirkt hier relativ offen auf die Wöchnerinnen ein: Äußerungen wie „die hat sich die Entbindung mit dem Kaiserschnitt leichtgemacht“ reflektieren die schon angesprochene Leistungsmentalität in Bezug auf die Geburt ganz offen. Mit dem unerreichbar überhöhten Mythos der erfüllten Weiblichkeit speziell durch eine „natürliche Geburt“ unter der gleichzeitigen Prämisse des technischen Sicherheitsdenkens wird die Unüberbrückbarkeit der gesellschaftlichen Anforderungen an die Geburt sowohl durch die Entbindende als auch durch die professionelle Geburtshilfe überdeutlich: Enttäuschungen sind auf diese Art und Weise von vorne herein nicht mehr zu vermeiden. Teil dieser mehrfach gespaltenen, offensichtlich paradoxen Anforderungen scheint auch zu sein, dass die Vorstellung der dargestellten Ideale von allen Beteiligten als real existierend aufrechterhalten wird³⁶⁴, und

Caesarea oft traumatisierender wirkten als die OP selbst, er kritisiert beispielsweise die meist zu „hektischen“ OP-Vorbereitungen, die nur bei Notsectiones gerechtfertigt seien und bringt dies mit dem traumatisierenden Gefühl des Kontrollverlustes für die Frauen in Verbindung.

³⁶⁰ U.a. Bornemann (1989), LoCicero (1993), Sakala (1993)

³⁶¹ Frauen scheinen dazu zu neigen, sich persönlich für das Geburtsgeschehen verantwortlich zu machen (z.B. Nicolson (1998 und 1999), Fox (1999), Romito (1990), Kneuper (2004/5), Köglberger (2000/1))

³⁶² U.a. Lipson (1982) schreibt über die Schuldgefühle der Mütter, als „echte Frau“ nicht „funktioniert“ zu haben und deshalb für den Geburtsausgang - aufgrund unterlassener oder auch getaner, dennoch wenig konkreter Dinge - „verantwortlich“ zu sein. Diese Versagensgefühle stellen nach Schücking (2004) eine bedeutsame Langzeitfolge mit ursächlicher Verknüpfung zur negativ beeinflussten Befindlichkeit der Mütter dar.

³⁶³ Vgl. auch de Jong (1996/2003) und Kitzinger (1983)

³⁶⁴ Vgl. u.a. Kneuper (2004/5), Fox (1999) und de Jong (1996/2003): Übereinstimmend kritisieren Autorinnen und Autoren, dass „heutzutage zu rosarot gemalt“ werde, nachdem die Vorgänge rund um die Geburt lange Zeit zu „Horrorvisionen“ hochstilisiert worden seien, was sich auch in den jeweils zeittypischen Kreissaaleinrichtungen widerspiegele. Die physiologischen Instinkte der Frauen sollten weder mythologisiert noch geleugnet werden, um den Frauen die Möglichkeit zu geben, diese Instinkte wieder wahrnehmen und einsetzen zu können. Sie beschreiben den „doppelten Kampf“ der Entbindenden gegen die Einflüsse einer „gefühlsfeindlichen“ Geburtsumgebung und ihrer eigenen Persönlichkeit bzw. ihrer persönlichen, unter Umständen nicht weniger „gefühlsablehnenden“ Überzeugungen als „überwältigend“ für die betreffende Frau und zieht daraus den Schluss, dass die „moderne Geburtskultur lediglich ihre eigene Angst in Schach hält, aber genau damit den Zirkel der Angstproduktion - vor allem für die betroffenen Frauen - weiter fortsetzt“. Vgl. auch Francome (1993).

somit für die meisten Menschen keine Möglichkeit besteht, sich von diesem Dilemma zu distanzieren.

Mutryn³⁶⁵ entwickelte nach einer Auswertung mehrerer Studien eine Art „Profil“ für Frauen aus den USA, die ein hohes Risiko tragen, ein Erlebnis wie eine Kaiserschnitt-Entbindung schwerer als andere Frauen verarbeiten zu können, de Jong passte dies deutschen Verhältnissen an:

- ❖ *die Vorstellungen und Erwartungen an die Geburt orientieren sich am physiologisch „natürlichen“ Modell, nicht am technisch-medizinisch möglichen*
- ❖ *die kulturellen Wertvorstellungen passen nicht zur operativen Geburt, wie sie hierzulande durchgeführt wird*
- ❖ *wenig oder kein Vorwissen über den Kaiserschnitt seitens der Entbindenden vorhanden*
- ❖ *der Kaiserschnitt war ungeplant*
- ❖ *lange Wehen mit Schmerzen und unter Einbeziehung invasiver Überwachungsmethoden*
- ❖ *Vollnarkose*
- ❖ *Keine gefühlte/erlebte Kontrolle über das Geburtsereignis oder über Entscheidungsprozesse im Laufe der Geburt*
- ❖ *kein Mutter-Kind-Erstkontakt mehr oder weniger „direkt“ nach der Geburt*
- ❖ *Stillprobleme*
- ❖ *allgemein „stressige“ persönliche Lebenssituation um den Geburtszeitpunkt herum*
- ❖ *höhere Sozialschicht*

Die Auflistung trifft keinerlei Aussagen über die Gewichtung der „Risikofaktoren“ und stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ohne sich konkret auf die allgemein anerkannten „Befindlichkeitsstörungen“ „Baby-Blues“ und „Wochenbett-Depression“ zu beziehen, fordern Mutryn und de Jong als Konsequenz eine professionelle psychologische Betreuung von Kaiserschnitt-entbundenen Frauen³⁶⁶. Andere Autorinnen und Autoren fordern auf der Basis ihrer eigenen Daten bereits psychologische Interventionen *vor* der Durchführung der Sectio-Entbindung³⁶⁷. Übereinstimmend wird über das große Mitteilungsbedürfnis dieser Mütter berichtet, *das* Sectio-Erlebnis scheint es dagegen nicht geben, vielmehr wird die enorme

³⁶⁵ Mutryn (1993), vgl. auch Lipson (1982)

³⁶⁶ Vgl. Lipson (1982)

³⁶⁷ U.a. Alberts et al. (1989) und Green et al (1989) nach de Jong (1996/2003), Köglberger (2000/1)

Bandbreite der zu berücksichtigenden Einflussfaktoren auf die mütterliche Befindlichkeit betont.

Eingehende Gedanken über die Tatsache, dass gleichzeitig mit einem Anstieg des Technologie-Einsatzes und der Kaiserschnitt-Raten in der Geburtshilfe die Anzahl von Selbsthilfegruppen der von solchen Maßnahmen betroffenen Frauen wächst, machen sich zusehends vor allem Wissenschaftler aus nicht-medizinischen Disziplinen³⁶⁸. Die langfristigen Folgen der iatrogenen Effekte auf Mütter, Kinder und Gesellschaft gelten als noch zu wenig erforscht, weil bisher unterschätzt³⁶⁹.

Übereinstimmend wird berichtet, dass die Verarbeitung eines negativen Geburts-Erlebnisses einem über mehrere Jahre verlaufenden Trauerprozeß gleicht³⁷⁰. Es gibt auch Frauen, die ihr Kaiserschnitt-Erlebnis mit einer Vergewaltigung vergleichen³⁷¹. De Jong teilt ihn nach Lipson und Tilden in vier Phasen ein³⁷²:

Unmittelbar nach der Geburt stehen Schock und Taubheit für die eigenen Gefühle bei vielen Frauen im Vordergrund. Eher wenige Frauen reagieren sofort mit Ärger, Wut oder Vorwürfen. Meist steht die Freude über das eigene „Überleben“ und das des Kindes oder der Kinder im Vordergrund. An dieser Stelle werden das Greifen von psychischen Schutzmechanismen wie Verdrängung und Verweigerung postuliert, um emotionale Überreaktionen zu verhindern, das „Funktionieren“ steht im Vordergrund, die Sorge um das Neugeborene oder die Neugeborenen erleichtert dies.

Nach wenigen Tagen lassen Taubheit und Erstarrung nach, sie werden von Gefühlen wie Ärger, Neid auf andere und eventuell Schuld abgelöst. Der „Verlust einer glücklichen Selbsterfahrung“ wird greifbar, jedoch sind die wiedererwachenden Kräfte der Frau noch hauptsächlich auf die körperliche Bewältigung der Geburt und Operation mit dem Versuch der Wiedererlangung der gewohnten Kontrolle über die Körperfunktionen von Darm, Blase und Bauchmuskulatur, sowie den bereits einkehrenden Alltag mit ihrem Baby oder ihren Babys gerichtet. Emotionale Unterstützung ist gerade jetzt besonders wichtig, Kränkung und Zu-

³⁶⁸ Z. B. Albrecht-Engel (1997), de Jong (1996/2003), Köglberger (2000/1), Sakala (1993)

³⁶⁹ Sakala (1993), Lipson (1982): Im Gegenzug dazu werde der Nutzen überschätzt. Die hohe Rate der operativen Entbindungen bedeute eine „Ressourcenverschwendung“ bezüglich der negativen Beeinflussung physiologischer weiblicher reproduktiver Kompetenz, aber auch gesellschaftlicher Leistungen wie Gelder der Krankenversicherungen.

³⁷⁰ U.a. Lipson (1982), Salmon (1992), Mutryn (1993)

³⁷¹ Vgl. Köglberger (2000/1), Kneuper (2004/5)

³⁷² Vgl. auch Bornemann (1989) und Sakala (1993): beide teilen diesen Prozess sehr ähnlich, aber in 5 Phasen ein und betonen die „später“ (nach den ersten 3 Monaten p.p.) zusehends kritischeren Aussagen der betroffenen Frauen.

rückweisung, z. B. durch überfordertes Personal, trifft die Mutter umso mehr. Noch sind „Muttergefühle“ für die Frau schwierig in ihre Gesamtsituation zu integrieren.

Etwa ab der Entlassung bis acht Wochen nach der Geburt geht in der dritten Phase der Bewältigung die Bewusstwerdung des Geschehenen mit der Umstellung und Neugestaltung der häuslichen Lebenssituation einher. Überforderung und Selbstzweifel gehen Hand in Hand, oft wird der Geburtsmodus ätiologisch mit diversen Anpassungsschwierigkeiten in Verbindung gebracht. Die Erinnerungen werden wiederholt rekapituliert, rekonstruiert und mit Sinnhaftigkeit versehen. Aufgrund der Dynamik dieses Prozesses bei gleichzeitiger Lückenhaftigkeit oder möglicher Widersprüchlichkeit der Erinnerungen können letztlich doch keine „sicheren“ Antworten gefunden werden.

Die vierte Phase beginnt und endet individuell sehr verschieden. Erste Erfolgserlebnisse als Mutter helfen, die Mutter-Kind-Bindung ist gefestigt, die „Sinnsuche“ tritt in den Hintergrund, ob nun erfolgreich abgeschlossen oder nicht. Viele Frauen versuchen, das noch immer Ungelöste zu „vergessen“. Abgeschlossen wird der Prozess durch die Integration des Erlebten in die Biografie und damit das Selbstbild der Frau³⁷³. Als bleibender positiver Aspekt wird meist die „Gesundheit“ des Kindes oder der Kinder angeführt.

Eine erneute Schwangerschaft kann den Prozess der Auseinandersetzung an jedem Punkt wieder in Gang setzen.

Vielfach schließen Autorinnen und Autoren³⁷⁴ verschiedenster Forschungsrichtungen aus den angeführten Faktoren auf ein sich aus dem Gesamtbild abzeichnendes Dilemma, welches mittels der postpartalen „Befindlichkeitsstörungen“ symptomatisch wird und unter anderem vom Arzt und Geburtshelfer Dr. Geibel-Neuberger treffend beschrieben wurde³⁷⁵: Die moderne Geburtshilfe verteile aktive – an die „Profis“ - und passive Rollen – an die werdenden Mütter – und erreiche dabei das Gegenteil von dem, was sie zu erreichen vorgebe: Sie *nimmt* den auf diese Weise entmündigten Frauen das Vertrauen in die evolutionär erfolgreiche biologische Eigensteuerung der Geburt³⁷⁶ - anstatt verbleibende „Rest-Risiken“, wie sie die Geburt nach

³⁷³ „Ich empfinde unendliches Glücksgefühl darüber, dass meine Tochter lebendig und gesund geboren ist und keinen Schaden genommen hat, Trauer darüber, was ich nicht erleben konnte. Es hebt sich nicht gegenseitig auf. Beides ist da.“ (nach de Jong, 1996/2003).

³⁷⁴ Z.B. Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990 und 1999), Odent (1994, 1996a und b), de Jong (1996/2003), Köglberger (2000/1),

³⁷⁵ Nach de Jong (1996/2003)

³⁷⁶ Schon 1972 sprach Professor G. J. Kloosterman an der Universität Amsterdam über das Dilemma des ärztlichen Geburtshelfers: jederzeit bereit, in den physiologisch ablaufenden Geburtsprozess eingreifen zu sollen, falls sich - aus welchen Gründen auch immer – der natürliche Ablauf nicht in seinen positiven Funktio-

wie vor selbstverständlich beinhaltet, mit fortschrittlichsten Techniken in einer Bandbreite, wie sie der Menschheit nie zuvor zur Verfügung stand, kompetent, gezielt und qualifiziert zu minimieren.

Die Bewahrung der Würde der entbindenden Frau scheint einen zentralen positiven Einfluss auf ihre psychische Situation zu nehmen. Um diese zukünftig besser wahren zu können, werden in der Literatur zahlreiche Ansatzpunkte beleuchtet: Eine aufrechte Gebärhaltung³⁷⁷, wie sie von vielen Frauen spontan eingenommen würde, wenn die Möglichkeit dazu bestehe, unterstützten nicht nur die persönliche Würde der Entbindenden, sondern senkten nachgewiesenermaßen die Episiotomie-Rate sowie die Anzahl der vaginal-operativen und Kaiserschnitt-Entbindungen erheblich³⁷⁸. Ferner könnte der weit verbreiteten Klage gerade auch der schnitt-entbundenen Mütter über die als „herablassend“ empfundene Behandlung durch das geburtshilfliche Personal³⁷⁹, vor allem aber durch die beteiligten Ärztinnen³⁸⁰ und Ärzte, und die eigene, von den Frauen häufig als ungenügend bezeichnete Beteiligung an interventionellen Entscheidungen bezüglich Handlungen an ihrem eigenen Körper nachgegangen werden.

2.4.2. Hypothesengruppe II – Körperkontakt zwischen Mutter und Kind/ern nach der Geburt

Zahlreiche Arbeiten³⁸¹ kamen unter anderem zu dem Schluss, dass ein möglichst früher, möglichst ungestörter Körperkontakt zwischen der Mutter und ihrem Neugeborenen die optimale Grundlage für eine „erfolgreiche“ Mutter-Kind-Bindung und intakte Stillbeziehung darstellt. Hartung und Hartung konnten 1997 belegen, dass Mütter umso mehr „Blues“ aufwiesen, je später sie sich in der Lage fühlten, sich um das Kind kümmern zu können. Die betrifft „Sec-

nen manifestieren sollte, sondern sich zum „Schaden“ für Mutter oder Kind zu entwickeln droht, *muss* er glauben, „dass die moderne Medizin alles verbessern kann, sogar die natürliche Geburt bei einer gesunden Frau“. Dass aus dem notwendigen, weil lebensrettenden oder gesundheitsbewahrenden Eingriff in das Geburtsgeschehen leicht eine die Entbindende entmündigende Geburts-„Hilfe“ werden könne, hätten soziologische und psychologische Untersuchungen gezeigt (nach de Jong, 1996/2003; vgl. auch LoCicero, 1993 („ärztlicher Handlungszwang“), Kästner/Stauber, 1995 („Aufmerksamkeit der Ärzte stets beim Pathologischen“). Nicolson (1998) merkte speziell zu diesem Gesichtspunkt an, dass ein derartiger Verlust von Autonomie und Entscheidungsfreiheit auch bei nicht gerade entbundenen Frauen - und auch Männern – zu Depressionen führen würde. Vgl. auch Fox (1999): „die Frau erfährt...eine wahre Erosion ihrer Autonomie“; Kneuper (2004/5)

³⁷⁷ Die liegende, passive, sich dem geburtshilflichen Personal „in Arbeitshöhe“ zur Verfügung stellende Frau entspricht der „Patientin“ par excellence. Die weibliche Sozialisation verstärkt die Erwartung an die Frau, sich ein- und damit unterzuordnen. Das starre medizinische Setting unterstützt gleichzeitig die Verdrängung von Schamgefühlen in der Gynäkologie und der Geburtshilfe (vgl. Kneuper, 2004/5).

³⁷⁸ Vgl. u.a. Odent (1994 und 1996 a und b), Kneuper (2004/5)

³⁷⁹ Vgl. Kneuper (2004/5)

³⁸⁰ Zwischen dem Verhalten von weiblichen und männlichen Ärzten den Müttern gegenüber konnte keinerlei Unterschied gefunden werden (Berkowitz, 1989). LoCicero (1993) begründet dies mit der Assimilierung vor allem der Ärztinnen an einen sozial determinierten, ärztlichen „Verhaltenskodex“.

³⁸¹ U.a. Chamberlain (1997), de Jong (1996/2003), Hartung/Hartung (1997), Romito (1990), Crouch (2000); Kästner in Löffler (2006) bezeichnet die erste postpartale Stunde als „besonders sensible Phase“ und sieht in deren Ermöglichung einen wichtigen Grund zur Reduzierung der Sectio-Rate.

tio-Mütter“ in ihrer postoperativen Situation besonders: Zusätzlich zum durch den Kaiserschnitt verzögerten Erstkontakt zwischen Mutter und Kind haben 1/3 der „Sectio-Mütter“ zu starke Schmerzen, um den Erstkontakt mit ihrem Kind genießen zu können. Auch insgesamt sind diese Frauen mit wesentlich mehr postpartalem Schmerz konfrontiert³⁸². Bornemann (1989) stellte fest, dass nach IT-Narkosen – anders als bei Narkosen mittels PDA – aufgrund der postoperativen „Benommenheit“ der Mütter der Erstkontakt zum Kind erheblich verzögert und erschwert wird. Mehr als die Hälfte seiner Probandinnen vermissten ihre Kinder in der Aufwachphase, trotz ihres negativ beeinträchtigten Befindens. Er bezeichnete diese Erstkontakte als „überwiegend kurz und ungemütlich“. Die Routinemaßnahmen des Personals würden als sehr störend empfunden, die Väter seien in dieser Phase meist noch maximal verunsichert, gerade bei ungeplanten Kaiserschnitten, und stellten für ihre beeinträchtigte Partnerin nicht unbedingt eine Hilfe dar. Er zitierte Studien aus den USA, die die überwiegend negative Stimmungslage der aus der ITN erwachenden Frauen dokumentiert hatten.

Nach Chamberlain verspürt ein Kind ein primäres Bedürfnis nach Intersubjektivität, es stellt das basale Motivationssystem für seine Aktionen und Reaktionen dar³⁸³, es ist jedoch auf die Fähigkeit der Mutter dazu maximal angewiesen, die wiederum gerade in der perioperativen Situation einer Schnittentbindung maßgeblich dem Einfluss z.B. oben genannter Umstände unterliegt. Verhaltensforscher bezeichnen die Interaktionen zwischen einer Mutter und ihren Kindern auch als „Tanz“, was die ausgeprägte Wechselseitigkeit dieser Verhaltensmuster plastisch zum Ausdruck bringt, deren Intimität unterstreicht und auch einen freudig-positiven Aspekt impliziert.

Generell ist jedoch nicht auszuschließen, dass gerade in Kliniken mit maximalen Versorgungsmöglichkeiten Neugeborene schneller und damit häufiger wegen „Überwachungsmaß-

³⁸² U.a. Romito (1990)

³⁸³ Chamberlain untersuchte beispielsweise die problematische Erziehungs- und Bindungsideologien der Nationalsozialisten, deren Erziehungsratgeber noch bis Ende des 20sten Jahrhunderts neue, nur leicht veränderte Auflagen erfuhren und die somit unsere Gesellschaft über Generationen hinweg beeinflussen konnten. Betreffs der ersten postpartalen Zeit wurde dort die Auffassung vertreten, dass das Neugeborene die ersten 24h nach der Geburt sogar *besser* von der Mutter getrennt bleibt, auch das erste Anlegen an die Brust hielt man trotz einer ausgeprägten Stillideologie erst zu diesem Zeitpunkt für angebracht. Sie weist in ihrer Analyse zweier populärer Erziehungsratgeber der Autorin Dr. J. Harrer nach, wie die gesellschaftliche und elterliche Vorstellung vom eigenen Kind als „Gegner“ und gar „Feind“, der permanent kontrolliert und in diversen Situationen immer wieder aufs Neue „bezwungen“ werden muss, vor allem ab den 30er Jahren des 20sten Jahrhunderts etabliert werden konnte. Konsequenterweise diskutiert sie die Auswirkungen dieses Menschenbildes auf die Mutter-Kind-Bindung und auf die Persönlichkeitsentwicklung solcherart geprägter oder auch beeinflusster Individuen im Sinne der dadurch hervorgerufenen, teils massiven und unumkehrbaren Bindungs- und Entwicklungsstörungen samt der gesellschaftspolitischen Auswirkungen, die sich aus der breiten Anwendung dieser ideologischen Fehlentwicklungen über Generationen hinweg ergaben und noch ergeben. Die letzte, nur leicht abgeänderte Auflage erfuhren die o. a. Bücher zuletzt 1987 nach dem Tode der Autorin durch deren Tochter. Es ist davon auszugehen, dass auch die Ängste heutiger Mütter vor dem Umgang mit ihrem Kind, die gerade Neugeborene von unerfahreneren Müttern häufig zum Ausdruck bringen, von solchen Vorstellungen beeinflusst oder gar hervorgerufen worden sind. Dieser Aspekt soll in der Diskussion der Einflussvariable Körperkontakt noch einmal aufgegriffen werden.

nahmen“ von ihren Müttern getrennt werden. Dieses Vorgehen wurde von Experten der WHO selbst benannt und kritisiert³⁸⁴. Speziell Kaiserschnitt-entbundene Mütter scheinen weniger Körperkontakt zu ihren Kindern zu haben³⁸⁵. Diskutiert werden auch vermehrte Bindungsschwierigkeiten aufgrund der größeren Abhängigkeit der Mütter von Hilfe durch Pflegepersonal, welche sowohl auf die körperlichen OP-Folgen auf Seiten der Mutter als auch auf die erhöhte kindliche Morbidität³⁸⁶ dieses Kollektivs zurückzuführen ist³⁸⁷. Der Einfluss dieser Schwierigkeiten in Bezug auf den frühen ersten Körperkontakt zwischen Mutter und Kind auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen wird in den genannten Arbeiten überwiegend für erheblich erachtet.

2.4.3. Hypothesengruppe III – Stillen

Das Stillen ist nicht nur eine evolutionsgenetisch erfolgreiche Säuglings-Ernährung, es ist auch ein Aspekt weiblichen Körpergefühls oder, nach Kitzinger, der weiblichen Sexualität³⁸⁸. In der Tat werden nach einem ca. zwanzigminütigen Stillvorgang im weiblichen Körper ähnlich dem Zustand des „Verliebtseins“ große Mengen Oxytocin nachgewiesen³⁸⁹. Nicht wenige Arbeiten kommen zu dem Schluss, dass eine gestörte Stillbeziehung maßgeblichen Einfluss auf die Befindlichkeit der Mutter - sowohl im frühen als auch im späten Wochenbett – hat³⁹⁰ und deshalb zum Beispiel Kaiserschnitt-Mütter, aber auch andere überdurchschnittlich belastete Mütter einer besonders fachgerechten, intensiven Betreuung und Hilfe bedürfen³⁹¹.

Das Stillen wird von einigen Autorinnen und Autoren gerade nach einer Kaiserschnittgeburt - womöglich mit Vollnarkose - als möglicher „Beziehungskitt“ zwischen Mutter und Kind/ern bezeichnet³⁹², da gelungenes Stillen für die Mutter ein Erfolgserlebnis in Bezug auf ihre erlebte Mutterrolle bedeuten kann. Es gibt mittlerweile Kliniken in Deutschland, die konsequenterweise das erste Anlegen nach einer Sectio unter PDA bereits im OP unterstützen³⁹³, da der Saugreflex des Neugeborenen ca. 20 Minuten nach der Geburt am stärksten ausgeprägt ist und die durch das Saugen des Babys ausgelöste Oxytocin-Ausschüttung die Gefahr einer Uterus-Atonie reduziert. Gleichwohl birgt es eigene Gefahren, Mütter, die – aus welchen Gründen

³⁸⁴ WHO-Bericht „Appropriate Technology of Birth“ 1987

³⁸⁵ Linder (1996), de Jong (1996/2003), Bornemann (1989): Während der Aufwachphase

³⁸⁶ Die kindliche Morbidität setzt sich unter anderem aus bereits vor der Geburt vorhandenen Faktoren wie mütterliche Risikofaktoren oder Mehrlingsschwangerschaft, aber auch aus Faktoren wie Frühgeburtlichkeit sowie kindliche Sectio-bedingte Morbidität zusammen.

³⁸⁷ Bornemann (1989), de Jong (1996/2003), Odent (1993) spricht sogar von einer „routinemäßigen“ Verzögerung des ersten Körperkontaktes zwischen Mutter und Neugeborenem.

³⁸⁸ Kitzinger (1983) und Hormann (1991) nach de Jong (1996/2003)

³⁸⁹ Vgl. auch Köglberger (2004/5)

³⁹⁰ U.a. Ginglmaier (1991). Linder spricht in Hinsicht auf „Sectio-Mütter“ von einem „signifikant späteren Stillbeginn“.

³⁹¹ Z.B. Romito (1990), Linder (1997)

³⁹² Bornemann (1989), de Jong (1996/2003)

³⁹³ Ebd., vgl. auch Kennell (1987)

auch immer - nicht stillen *wollen*, mit dem mythischen Bild der „perfekten Mutter“³⁹⁴, die „selbstverständlich“ stillt, unter Druck zu setzen³⁹⁵. Die Problematik der Erfassbarkeit von „Stillproblemen“ wird auch hier auch im Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ von Antworten gesehen: der gesellschaftliche Erwartungsdruck „färbt“ die Antworten der Frauen ein, oft „übertüncht“ er sie womöglich sogar³⁹⁶. Wenn Stillschwierigkeiten als solche wahrgenommen werden können, muss eine Normvorstellung vom „richtigen Stillen“ zugrunde liegen. Idyllische Bilder werden bemüht³⁹⁷, die Realität lässt sich selten daran messen. Dies verstärkt das ohnehin oft defizitäre Selbstbild der Mütter oft zusätzlich – im Besonderen bei Kaiserschnitt-entbundenen Frauen³⁹⁸. Bornemann kritisiert 1989 wie andere Autorinnen und Autoren auch die „Fixierung des Personals auf Gramm-Tabellen“, mangelnde Geduld, Information und zu frühzeitige Flaschenfütterung durch Personal und fordert mehr Hilfestellung für die Mütter.

Ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von „Blues“-Symptomatik korreliert in etlichen Arbeiten mit Stillproblemen³⁹⁹, andere konnten dies jedoch nicht belegen⁴⁰⁰. Auch bezüglich des Zusammenhangs mit der Postpartum-Depression existieren widersprüchliche Daten: Nach Romito korrelieren Depressivität und Stillen. Ältere Frauen⁴⁰¹ und solche mit gehobenem sozioökonomischen Status⁴⁰² stillen eher als andere, zum Teil scheinen sie weniger depressiv zu sein als jüngere Frauen. In mehreren Arbeiten sind „Flaschenmütter“ am wenigsten depressiv⁴⁰³, am depressivsten Stillende mit entsprechenden Schwierigkeiten. O'Hara stellte 1887 fest, dass depressive Mütter länger stillten⁴⁰⁴ als nicht-depressive Mütter, konnte eine Kausalität oder gar deren Richtung aber nicht ableiten.

³⁹⁴ Vgl. Chamberlain (1997) und Nicolson (1999)

³⁹⁵ Nach Chalmers (1986) verstärkt der soziale Druck die Selbstzweifel und Schuldgefühle junger Mütter gefährlich und unnötig, er betont die Dauer des Bindungsprozesses von Mutter und Kind mit dem Hinweis, es gäbe kein *instant bonding*. Friedrich (1987) wertet frühes Abstillen wollen oder die Weigerung, überhaupt zu stillen, als möglichen Hinweis auf sexuelle Traumata.

³⁹⁶ Romito (1990), Nicolson (1999)

³⁹⁷ Nicolson (1998) verwendet dafür den Begriff „Madonna-mit-Kind-Idylle“.

³⁹⁸ De Jong (1996/2003), Nicolson (1998), Köglberger (2004/5)

³⁹⁹ Pitt (1973) nach Hartung/Hartung (1997), sie betonen die Bedeutung des Stillens „bei Bedarf“, Romito (1990) kritisiert zusätzlich die mangelhafte Qualifikation des Personals in dieser Hinsicht.

⁴⁰⁰ Ballinger (1979), Harris (1980), Kendell (1980) und Cox (1982) nach Hartung/Hartung (1997)

⁴⁰¹ Romito (1990)

⁴⁰² Vgl. Glangeaud-Freudenthal (1999), allerdings bestand hier eine positive Korrelation zwischen Bildung und „Babyblues“.

⁴⁰³ Romito (1990) betont außerdem die größeren Freiheiten der „Flaschenmütter“, sie hätten mehr und eher Sex als die anderen, und würden öfters „ausgehen“. Still-Mütter seien isolierter, da Stillen einer gewissen Privatsphäre bedürfe, die aber nicht gesellschaftlich zur Verfügung gestellt würde, sondern von den Müttern selbst organisiert werden müsse, was zwangsläufig zu deren vermehrtem Rückzug in Häusliche führen würde.

⁴⁰⁴ Dass nach sechs Monaten nur noch sehr wenige Frauen stillen, obwohl nach der Geburt die meisten die Brust geben, sieht die Forschung mit den verschiedensten Gesichtspunkten verknüpft. Odent (1993) sieht elementare Säugerbedürfnisse seitens des Kindes gefährdet, Romito (1990) beklagt die soziale Isolation v.a. stillender Mütter. Kneuper (2004/5) sieht SS- und Stillzeit als „Perioden des umfassenden Verzichts“, die fast ausschließlich die Frauen zu leisten hätten, und merkt an, dass das „Stillen“ der kindlichen Bedürfnisse dem Stillen der mütterlichen Bedürfnisse stets übergeordnet werde, sie diskutiert dies als wesentliche Ursache der Befindlichkeitsbeeinträchtigung gerade der Wöchnerinnen. Widersprüchliche Ratschläge und hoch-

2.4.4. Hypothesengruppe IV – Wochenbettbetreuung und Seklusion im Wochenbett

Ein weiterer Aspekt der Betrachtung von Wochenbettbefindlichkeit ist die vergleichsweise untergeordnete Rolle, die das Wochenbett in der stationären Versorgung rund um die moderne Geburt zu spielen scheint⁴⁰⁵. Hasseler(1997) bezeichnet es wortwörtlich als „lästiges Anhängsel“ und „Stiefkind der (modernen) Geburtshilfe“⁴⁰⁶. Von dieser Zeit, die in unserem kulturellen Zusammenhang meist insgesamt sechs Wochen umfasst, entfallen nach einer komplikationslosen spontanen Entbindung zusehends „nur“ noch die ersten wenigen Tage auf den stationären Aufenthalt. Medizinisch betrachtet scheint die junge Mutter und ihr Kind oder ihre Kinder in dieser Zeit, abgesehen von zu betreuenden Komplikationen und der Routine-Vorsorge, *uninteressant*, wenn nicht sogar *lästig*⁴⁰⁷ mit etwaigen Sorgen und Bedenken zu sein. Das „Blues“-Symptom „unerklärliches Weinen“ scheint gerade für die Frauen selbst schwer akzeptabel, dies hat gerade dem endokrinologischen Diskurs einige Popularität beschert⁴⁰⁸. Auch hier steht die Tatsache, dass in diesem Zeitraum außerordentlich viele Professionen „zuständig“ für Mutter und Kind sind, in einem gewissen Widerspruch zur erlebten und oft beschriebenen⁴⁰⁹ Unzufriedenheit der Wöchnerinnen und zu dem offensichtlichen Kommunikationsmangel der Hebammen, des Kinderpflege- und des pädiatrischen und gynäkologisch-geburtshilflichen ärztlichen Personals untereinander⁴¹⁰.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Mütter boten schon allein aufgrund ihrer Entbindungsart mehr „Medizinisches“, durch die eventuell hinzukommende Sectio-Morbidität auf kindlicher und mütterlicher Seite und eventuelle Komplikationen verlängerte sich der stationäre Aufenthalt in der Regel überdurchschnittlich⁴¹¹. Dies bedeutete für diese Mütter, dass sie auch mehr Wochenbett-Zeit im Krankenhaus verbrachten, weshalb der Gesichtspunkt der Betreuung im Wochenbett durch Krankenhauspersonal noch mehr Gewicht bekam als bei spontanen

stilisierte, mit „Alltagswissen“ nicht fassbare Risikobegriffe tragen zur Verunsicherung der Frauen maßgeblich bei.

⁴⁰⁵ U.a. Albrecht-Engel (1997), de Jong (1996/2003), Romito (1990)

⁴⁰⁶ Vgl. de Jong (1996/2003)

⁴⁰⁷ Kneuper (2004/5). Bei der Datenerhebung erlebte ich einen ärztlichen Kollegen, der dies mir gegenüber, aber auch in Gegenwart einer der Wöchnerinnen, die er gerade visitierte, deutlich zum Ausdruck brachte: „Was machen Sie? („Eine Studie über die Befindlichkeit von Wöchnerinnen.“) Ah, *Gott sei Dank*, dafür bin ich *nicht zuständig*...“

⁴⁰⁸ Nicolson (1998)

⁴⁰⁹ Hasseler (1997),

⁴¹⁰ z. B. Albrecht-Engel (1997), Hauffe (1994); Nicolson (1998) sieht in diesen widersprüchlichen „Expertenratschlägen“ einen wesentlichen unsicherheitsauslösenden oder -verstärkenden Faktor, da gerade jene Frauen die ersten Tage nach der Entbindung in der Klinik verbringen wollten, die von dieser Unterstützung durch „Profis“ profitieren wollten. Gleichzeitig weist sie auf den inneren Konflikt der modernen, selbstbestimmten Frauen mit dem überhöhten Mutterbild und der geschilderten Hilfsbedürftigkeit aus Erfahrungsmangel hin, der sich auf die Befindlichkeit der Wöchnerin niederschlägt und sogar zu medizinischen Komplikationen wie erhöhtem Blutdruck als Zeichen des erlebten Stresses führen könne.

⁴¹¹ Zum Zeitpunkt der Datenerhebung verbrachte eine Mutter nach komplikationsloser Kaiserschnitt-Entbindung im Schnitt ca.7 Tage auf der Wöchnerinnenstation, bevor sie nach Hause entlassen wurde.

Entbindungen mit deutlich früheren Entlasszeitpunkten⁴¹². Bedenkt man daher, dass schon ein „gewöhnlicher“ stationärer Aufenthalt für die Betroffenen Stress, Verunsicherung und damit auch eine erhöhte psychische Vulnerabilität bedeutet⁴¹³, muss gerade der „Baby-Blues“ bei der stationären Entbindung, und noch viel mehr bei der stationär-operativen Entbindung mittels Kaiserschnitt differenziert bewertet werden.

Die tatsächliche Betreuung erfolgt im Krankenhaus stets durch vorher meist unbekanntes Personal im Schichtdienst. Dies bedeutet für die Frauen eine erhebliche Diskontinuität der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zusätzlich zur Diskontinuität durch die Aufteilung der Zuständigkeitsbereiche auf verschiedene Professionen⁴¹⁴. Wenn nun noch der von Müttern und Personal gleichermaßen oft beklagte „Zeitmangel“, z. B. speziell für die persönliche Zuwendung, hinzukommt⁴¹⁵ und unter Umständen auch noch inadäquate Reaktionen auf Seiten des Personals, eventuell auch der Eltern, hervorruft, verschärft dies die ohnehin ungewöhnliche Situation, in der sich die junge Mutter befindet, zusätzlich⁴¹⁶. Die meisten Frauen schildern auch deshalb den Klinikaufenthalt lediglich als „Übergang“ zwischen der Geburt und dem neuen Leben mit ihrem Kind zuhause. Frauen neigten dazu, ihre Unzufriedenheit „hinunterzuschlucken“ und nahmen die Überwindung, die es sie kostete, offensichtlich überfordertes Personal um Hilfe zu bitten, zusätzlich auf sich⁴¹⁷. Auch hier kommt der Entbindungsart große Bedeutung zu, nach Bornemann (1989) differieren die jeweiligen Rekonvalenzzeiten erheblich: Während spontan-vaginal entbundene Mütter sich im Durchschnitt schon 14 Stunden postpartal „gut“ um ihr Kind und auch um sich selbst kümmern konnten, benötigten Sectio-entbundene Mütter durchschnittlich 4,5 Tage dafür. Er führt weiter aus, dass dies ein erheblicher Einflussfaktor auf die Befindlichkeit und die Stimmung der Wöchnerinnen sei, oft-

⁴¹² Im selben Klinikum je nach Wunsch der Mutter, überwiegend 3 Tage p.p.

⁴¹³ Nicolson (1998)

⁴¹⁴ Hasseler (1997), de Jong (1996/2003)

⁴¹⁵ de Jong (1996/2003)

⁴¹⁶ de Jong (1996/2003): Die Frauen beschreiben übereinstimmend, das Gefühl vermittelt zu bekommen, besonders „wehleidig“ oder „kompliziert“ zu sein und beziehen diese Thematik auch grundsätzlich auf ihre Befindlichkeit.

⁴¹⁷ Nicolson (1998) interpretiert die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Personal und Müttern aus der Diskrepanz zwischen einem besonderen Exklusivitätsdenken der Mütter, welches a priori von der Geburtsklinik scheinbar unterstützt wird, anschließend jedoch „der Routine zum Opfer fällt“ und dem realen Angebot stationärer Wochenbett-Betreuung. Das Bestreben der Mütter, die sich meist als „anzukommende Laien“ begreifen, zielt zunächst auf die Erfüllung angenommener und auch deutlich zum Ausdruck gebrachter Erwartungen der „Profis“. Erst wenn die Kluft zwischen Anspruch und Realität spürbar wird, fühlen sich die Mütter enttäuscht, verunsichert und im Stich gelassen, das Personal, das nicht in der Lage ist, den „Schein“ einer umfassenden, individuellen Betreuung aufrechtzuerhalten, reagiert seinerseits frustriert und inadäquat. De Jong (1996/2003) fordert für die stationäre Wochenbettbetreuung umfassende Umstrukturierungen, um den Bedürfnissen von Müttern und Kindern – und nicht zuletzt denen des Personals – besser gerecht werden zu können. Hauffe (1994) schreibt, dass die Frauen „nicht bestimmt, sondern begleitet werden“ wollten, und stellt als Fazit daraus die Forderung nach besserer Unterstützung der Eltern beim Erkennen und Gerechtwerden ihrer eigenen Bedürfnisse, welches ihre Autonomie und gleichzeitig dem Personal zufriedeneres Arbeiten sichere. Das vielbemühte „Rooming-in“ stellt für Nicolson nur ein „winziger Teilaspekt“ in dieser Frage dar. Neuhaus (1994) betont den hohen Anspruch der Mütter an die Klinik, möglichst viel Kontakt zum Kind bei gleichzeitig maximaler Erholung zu unterstützen.

mals zu Neidgefühlen anderen, vaginal entbundenen Müttern gegenüber mit verstärkten Insuffizienzgefühlen führe.

Die Rolle der Betreuung der Wöchnerinnen durch die einzelnen Professionen ist in Bezug auf den „Blues“ und die Postpartum-Depression erstaunlicherweise noch nicht explizit untersucht worden. Es gibt Arbeiten, die Bedeutung der Hebammen⁴¹⁸ und des Pflegepersonals⁴¹⁹ für die psychische Befindlichkeit der Wöchnerinnen diskutieren und deren Rollen in der aktuellen Geburtshilfe analysieren⁴²⁰. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es Hinweise auf einen bedeutsamen, bisher möglicherweise unterschätzten Einfluss gerade dieser Personalgruppen auf die Affektlage und sogar auf die längerfristige psychische Gesundheit von Müttern gibt⁴²¹. Von verschiedenen Autorinnen und Autoren wird die Forderung nach mehr persönlicher Kontinuität gerade in Bezug auf die Hebammenbetreuung erhoben⁴²².

Seit Geburtenzahlen sinken und sich die entsprechenden Einrichtungen zusehends in Konkurrenz um die Gebärenden sehen müssen, werden vielfältige Versuche unternommen, die Attraktivität der Kliniken zu steigern und deren individuelle Angebote „rund um die Geburt“ zu erweitern. Einerseits zeigt diese Entwicklung, dass auch die moderne Geburtshilfe sich gewisser Defizite bewusst zu sein scheint. Andererseits steht ein nicht unerheblicher ökonomischer Druck hinter diesen „Einsichten“: Auch im Zeitalter der Fallpauschalen bemessen sich die Stellenschlüssel deutscher Krankenhäuser nach der Anzahl der (belegten) Betten.

In Hinsicht auf das Wochenbett jedoch verändert sich vergleichsweise wenig, die Frauen beziehen bei der Wahl ihrer Geburtsklinik diesen Aspekt so gut wie gar nicht ein, haben jedoch explizite Erwartungen an die Betreuung im Wochenbett, wie in der Diskussion der Ergebnisse aufgezeigt werden wird⁴²³.

⁴¹⁸ U.a. Hasseler (1997) betont die umfassende professionelle Kompetenz und Zuständigkeit der Hebamme in Hinblick auf das Wochenbett, welche sogar gesetzlich festgeschrieben ist. Nicolson (1998) merkt den Umstand an, dass fast ausschließlich Frauen mit Hebammenvorsorge in der Schwangerschaft die Hebamme in ihrer Wochenbetttätigkeit unter stationären Bedingungen überhaupt identifizieren und damit schätzen konnten.

⁴¹⁹ Z. B. Hauffe (1994) und Hasseler (1997) schreiben übereinstimmend, dass Pflegepersonal eigentlich zur Betreuung „Krank“ ausgebildet werde und in der Betreuung von eigentlich gesunden Wöchnerinnen eine Ausklammerung ihrer eigentlichen Kernkompetenzen und damit auch berufliche Abwertung ihres professionellen Selbstverständnisses erführen, welches wiederum Auswirkungen auf die Beziehungsdimension des Umgangs mit den ihnen anvertrauten Wöchnerinnen habe. Zusätzlich wird der zum Teil geringe Kenntnisstand dieser Personalgruppe betreffs Wochenbett-spezifischer Problematiken kritisiert. Bezeichnenderweise sei für die Pflege „oben“, also der Brust und des Kindes, die „Kinderschwester“, für die „Pflege unten“ das gynäkologische Pflegepersonal „zuständig“.

⁴²⁰ Hassler merkt kritisch an, dass die Wochenbettbefindlichkeit in der Forschung noch eher „interessiere“, das „moderne“ Wochenbett selbst jedoch nicht.

⁴²¹ Hauffe (1994) betont, dass Frauen eine lebenslängliche Erinnerung an ihre Wochenbettzeiten bewahren und schließt u.a. daraus auf die Bedeutung des Geschehens gerade in dieser Zeit auf die Befindlichkeit der Frauen.

⁴²² U.a. Bornemann (1989)

⁴²³ Nicolson (1998), Hauffe (1994)

Vielfach wird in der Literatur angemahnt, dass von den Frauen während der Geburt selbst überwiegend Passivität im Sinne von Anpassung an die geburtshilfliche Routine⁴²⁴, unmittelbar nach der Geburt jedoch übergangslos weitgehende Selbständigkeit - vor allem in Bezug auf sich selbst – erwartet und gefordert würde.

„Rooming-in“ an sich⁴²⁵ scheint keinen nennenswerten Einfluss auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen zu haben⁴²⁶, auch die Anzahl der Betten im Zimmer korreliert in Studien weder mit dem „Blues“ noch mit der späteren Postpartum-Depression⁴²⁷. Am ehesten scheint sich „Stationsstress“ und „negativ empfundene Routine“ auf die Stimmung der Wöchnerinnen auszuwirken⁴²⁸.

Schlafmangel hingegen ist mit Befindlichkeitsstörungen und Depressivität oft signifikant assoziiert⁴²⁹.

Einen deutlichen Bezug vor allem zum „Blues“ weisen in verschiedenen Arbeiten sowohl Besucherfrequenz als auch Besuchsdauer auf⁴³⁰. Der Partner wird meist nicht dem „Besuch“ zugerechnet.

Die Dauer des stationären Aufenthaltes ist nach Geburten nicht nur je nach Gepflogenheiten und persönlichen Faktoren seitens der Wöchnerinnen unterschiedlich, auch sein Einfluss auf „Blues“ und Postpartum-Depression wird unterschiedlich bewertet⁴³¹. Einige Arbeiten beto-

⁴²⁴ U.a. im WHO-Bericht „Appropriate Technology for Birth“ von 1985, in dem wörtlich das Recht der Frauen auf umfassende Information über sämtliche geburtshilfliche Möglichkeiten und *ihre* freie Wahl aus diesen Möglichkeiten in einem 15-Punkte-Katalog formuliert worden sind. Vgl. dazu auch Kitzinger (1995)

⁴²⁵ Das mittlerweile in den meisten Kliniken als Selbstverständlichkeit angebotene „Rooming-in“ oder, deutlich weniger, gar „Bedding-in“ stellt nur einen Aspekt der Rückführung der seit langem gepflegten Zuständigkeitsaufteilung in der stationären Geburtshilfe dar, die unter anderem die Separierung von Mutter und Kind im Wochenbett zur Folge hatte. Die Verdrängung der eigentlich zuständigen und dafür qualifizierten Hebammen war eine Folge des Hebammenmangels der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts, wodurch die wenigen vorhandenen Hebammen nicht nur durch die Kreissaaltätigkeit weitestgehend ausgelastet waren, so dass vor allem die ärztlichen Geburtshelfer an Bedeutung gewinnen konnten, was die oft beklagte Kluft zwischen den Professionen durch Konkurrenzdenken bezüglich der geburtshilflichen Grundkompetenz zusätzlich vertiefte (Hasseler, 1997)

⁴²⁶ Romito erklärt dies durch die „respektlose“ Art des praktizierten „Rooming-in“, das sich den Routine-Bedürfnissen des gesamten Personals beugen müsse und dadurch seinen eigentlichen Zweck der Bedürfnisbefriedigung und Unterstützung des Zusammenfindens von Mutter und Kind nach deren eigenem Rhythmus verfehle. Vgl. auch Nicolson (1998) und Odent (1993): Kulturen, die vor allem das frühe Wochenbett nicht mit invasiven Ritualen störten, ist der hohe Stellenwert des Respekts vor den Ressourcen der Menschheit eigen, „aggressivere Kulturen“ stellten die Beherrschung der „natürlichen“ Prozesse über der Respekt vor diesen.

⁴²⁷ Romito (1990)

⁴²⁸ Bornemann (1989)

⁴²⁹ In Bezug auf die PPD: Köglberger (1996/2003); Brockington (1996) schreibt, dass Wöchnerinnen im Schnitt 1h Schlaf pro Tag – im Vergleich zu der Zeit vor der SS – fehlt, zudem nähmen die Tiefschlafphasen zugunsten der leichteren Schlafphasen ab.

⁴³⁰ Hartung/Hartung (1997), Bornemann (1989) speziell in Bezug auf die „Sectio-Mütter“

⁴³¹ In Bezug auf Entlassungszeitpunkt und „Blues“ randomisierte Waldenström (1987) zwei Gruppen: Die erste Gruppe wurde nach 1-2 Tagen, die zweite nach 6 etwas mehr Tagen entlassen. Er fand die größte Müdigkeit bei den Frauen übereinstimmend jeweils am Tag nach der Entlassung, die ebenfalls untersuchten Ehemänner wiesen keinerlei Unterschiede auf. Die „Heultage“ konzentrierten sich ebenfalls vom Entlassungszeitpunkt

nen den „Schock“ und die angstausslösende oder-verstärkende Konfrontation der Mutter mit der überwiegend alleinigen Verantwortung für die Sorge um ihr Neugeborenes⁴³² – auch oder gerade für Mütter mit mehreren Kindern – andere Studien wollen die protektive Wirkung des vertrauten häuslichen Umfeldes herausarbeiten⁴³³. Hier spielt der Gesichtspunkt der „Seklusion“ eine besondere Rolle: Verhaltens- und evolutionsbiologisch orientierte Arbeiten vertreten die Ansicht, dass gerade die Geburt ein „säugerspezifisches“ Verhaltensmuster besitze, dessen Steuerung durch bestimmte, allen Säugern gemeinsame Hirnareale erfolge und deshalb für Störeinflüsse besonders anfällig sei, weil die moderne, medikalisierte Geburtshilfe diesen speziellen Säuger-Bedingungen, unter ausschließlich denen eine Geburt und die physiologischen Prozesse des Wochenbettes reibungslos ablaufen können, nicht berücksichtige⁴³⁴. Diesen Umstand machen sie für die steigende Anzahl von schweren Geburten und konsequenterweise auch Schnittentbindungen verantwortlich, ebenso wie für die in ihren Augen bei Weitem viel zu geringe Stillquote und zu kurze Stilldauer. Auch „Blues“ und Postpartum-Depression seien eine Folge der missachteten Säugerbedürfnisse des Menschen, zu deren wichtigsten die Abgeschiedenheit mit der dadurch möglichst geringen Grosshirnreizung⁴³⁵ zugunsten der Arbeit „älterer“ Gehirnteile gehört, von Odent (1994) als „Privacy“ bezeichnet.

2.4.5. Hypothesengruppe V – Probleme und Schwierigkeiten mit dem Kind/den Kindern

Nach einer Geburt mittels Kaiserschnitt leiden die Kinder schon alleine aufgrund der Entbindungsart zu 6 bis 15% - d.h. bis zu viermal häufiger als vaginal entbundene Kinder - am so

unabhängig um den 5. Tag herum. Lediglich bei der Häufigkeit der PPD 6 Wochen später fand er Unterschiede: Die früher entlassenen Gruppe wies zu 26%, die später entlassene zu 34% Depressivität auf. Kendall und seine Gruppe konnten 1981 herausarbeiten, dass der typische *peak* der „Blues“-Symptomatik am fünften Wochenbetttag vom Entlassungszeitpunkt unabhängig auftrat

⁴³² Nicolson (1998), Kneuper (2004/5); Brockington (1996) beschreibt gar eine Art *puerperal panic* der frisch entlassenen Mütter, die mit ihrem Baby alleine zu Hause ist und fordert eine entsprechend professionelle Betreuung der Wöchnerinnen samt einer gesellschaftlichen Statusverbesserung. Wik (1995) stellt dem „Leistungsdruck“ der frisch entlassenen modernen Mütter „unter dem kulturellen Mythos der alles erdulden und (alleine) meisternden Mutter“ ein afrikanisches Sprichwort gegenüber: „It takes an entire village to raise a child“. Fox (1999) beschreibt die Verantwortlichkeit als „Essenz“ der Mutterschaft, deren Privatisierung die Mütter isoliere, überfordere und sogar stigmatisiere, wenn sie Anzeichen des „nicht - Funktionierens“ äußerten, welche sie generell mit Depressivität von Müttern in Verbindung sieht.

⁴³³ Hartung/Hartung (1997). Selbst Pitt merkt in seiner Untersuchung von 1968 an, dass beinahe die Hälfte seiner Probandinnen unter „Heimweh“ litten. Josefson (2002) fand bei seinen Probandinnen mit PPD einen im Schnitt deutlich längeren stationären Aufenthalt bei einer *nicht* erhöhten medizinischen Komplikationsrate. Waldenström (1987) fand bei frühzeitig entlassenen Müttern deutlich weniger PPD, zusätzlich schilderte er die zuhause betreuten Frauen zufriedener als die Frauen in stationärer Betreuung.

⁴³⁴ Vgl. dazu auch die Arbeiten von Schiefenhövel et al. (1994 und 1995)

⁴³⁵ Beispielsweise durch „Fluchtreflex-auslösende“ Umgebungsfaktoren wie mangelndes „sich-geborgen-fühlen“ oder direkt Angst, aber auch allgemeine Reize wie Helligkeit, laute Geräusche, Unruhe durch die wechselnde Anwesenheit nicht vertrauter Personen etc. (vgl. z.B. Odent, 1994)

genannten Atemnotsyndrom (RDS)⁴³⁶, bis zu zweimal häufiger tritt ein Pneumothorax auf⁴³⁷, was die Rate der Therapiemaßnahmen bei einem vorselektierten Risikopatientengut - bezogen auf mütterliche und kindliche Risikofaktoren - zusätzlich erhöht⁴³⁸. Da die Kinder gerade bei der primären Sectio der mütterlichen Endorphin-Ausschüttung aufgrund der Wehentätigkeit beraubt werden, wird dies mittlerweile als fehlender Schutz- und Reifungsfaktor der kindlichen Atemorgane diskutiert: Die seit langem bekannten niedrigeren Endorphinspiegel der „Sectio-Kinder“ wurden früher als Zeichen einer „stressfreien Geburt“ gedeutet, in Verbindung mit den vermehrten Atemschwierigkeiten reif geborener, gesunder „Sectio-Kinder“ wurde diese These jedoch revidiert und nach weiterer Forschung letztlich in obigem Sinne umgedeutet. Die Risikogruppe der Kinder mit geringem Geburtsgewicht scheint nicht von der Entbindungsart Sectio Caesarea an sich zu profitieren⁴³⁹. Ferner scheinen bei „Sectio-Kindern“ die durchschnittlichen Blutglucosewerte und ebenso das Herzminutenvolumen unmittelbar postpartal unterhalb der Norm zu liegen. Intubationsnarkosen verursachen gelegentlich anhaltende Phasen von Atemdepression bei den Kindern, und selbst die PDA kann durch ihre blutdrucksenkende Wirkung via placentarer Minderperfusion kritische kindliche Sauerstoff-Mangelzustände sub partu auslösen. Doppelt so viele Kinder haben nach einer Schnittentbindung erniedrigte Apgarwerte, diese Zahlen wurden um die Einflussgröße *fetal distress* bereinigt⁴⁴⁰. Zusätzlich zu den physischen Folgen der Kaiserschnittgeburt für die Kinder wurden auch die kindlichen psychischen Folgen untersucht⁴⁴¹.

„Sectio-Mütter“ scheinen gerade in der ersten Zeit nach der Geburt vielfach weniger positive Reaktionen auf ihr Baby oder weniger Kontakt dazu zu zeigen⁴⁴², weisen vermehrt Stillproblematiken auf und sollen noch in den ersten Lebensjahren ihres Kindes oder ihrer Kinder mehr Schwierigkeiten im Umgang mit ihm oder ihnen haben⁴⁴³. Als modulierend im positiven Sinne wird der möglichst unterstützte Kontakt zum Kind angesehen⁴⁴⁴. Auch zwischen subjektiv besonders schmerzhaften Wehen, der künstlichen Eröffnung der Fruchtblase und negativen Gefühlen dem Kind gegenüber wird ein Zusammenhang berichtet⁴⁴⁵.

⁴³⁶ Das *Respiratory Distress Syndrom* der Neugeborenen stellt eine der häufigsten neonatalen Todesursachen dar (nach de Jong, 1996/2001); Shearer (1993) bezeichnet das RDS bei primären Sectiones als eine Folge „iatrogener Unreife“ des von der Zeit her eigentlich körperlich reifen Ungeborenen und nennt Arbeiten von Cohn und Caren, in denen nach primärer Sectio 30% der Kinder unter RDS, nach sekundärer Sectio mit stattgehabter Wehentätigkeit nur 11%.

⁴³⁷ Schücking (2004)

⁴³⁸ Insgesamt werden in etwa ein Viertel der mittels Kaiserschnitt geborenen Kinder zunächst auf die Neugeborenen(intensiv)-Station aufgenommen (Myers, 1993). Auch mittels primärer Sectio geborene Kinder weisen eine erhöhte Sectio-bezogene Morbidität auf (Bayr. Perinatalerhebung, nach Schücking, 2004).

⁴³⁹ Myers (1993), Shearer (1993) gibt ein Gewicht von <2500g an, in diese Gruppe fallen ca. 67% aller neonatalen Todesfälle.

⁴⁴⁰ Shearer (1993)

⁴⁴¹ Z. B. English (1985 und 1994)

⁴⁴² Lipson (1982), Mutryn (1993), Fleming (1988); nach Lipson holten die „Sectio-Mütter“ diese „Defizite“ erst nach einer gewissen, individuell andauernden Zeitspanne auf, laut Fleming nach ungefähr 16 Monaten.

⁴⁴³ Mutryn (1993)

⁴⁴⁴ Lipson (1980)

⁴⁴⁵ Hartung/Hartung (1997)

Wenn Mütter, gerade bei Mehrlingsschwangerschaften, „Frühchen“ oder in irgendeiner Art und Weise vorbekannt „therapiepflichtige“ Kinder zur Welt bringen⁴⁴⁶, sind die Kompensationsmöglichkeiten des Geburtsschmerzes und anderer vielleicht negativer, jedenfalls aber überwältigender Geburtseindrücke nach der Geburt eingeschränkt⁴⁴⁷. Sie ist zumeist nicht vorbereitet auf den Anblick z.B. des Frühgeborenen⁴⁴⁸ und ist durch die notwendige Unterbringung im Inkubator und die therapeutischen Maßnahmen zusätzlich mit erschwerten Bedingungen der Kontaktaufnahme konfrontiert⁴⁴⁹. Die zusätzliche Verunsicherung über diese besonderen Umstände kann schon empirisch-intuitiv als Tatsache gelten, ebenso ihre Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit der Mutter, war jedoch auch Gegenstand mehrerer Arbeiten⁴⁵⁰. Jedoch ist bekannt, dass auch Mütter nach unkomplizierten Geburten die Vorstellung vom „Wunschkind“ und dem realen Baby mit seinen interpretationsbedürftigen Äußerungen und Bedürfnissen vereinbaren lernen müssen⁴⁵¹, was je nach „Erfolg“ erheblichen Einfluss auf die Befindlichkeit der Mutter gerade im frühen Wochenbett zu nehmen scheint⁴⁵².

Übereinstimmend kommen einige Arbeiten zu dem Ergebnis, dass eine Krankheit des Kindes als Risikofaktor sowohl in Bezug auf das Auftreten des „Blues“ als auch der Postpartum-Depression⁴⁵³ gelten muss.

Das Weinen des Kindes kann in ihren Müttern die eigenen frühen Ängste wecken⁴⁵⁴. Da sich die Mutter aber ihrer selbst sicher sein muss, um ihrem Baby und sich selbst Sicherheit - auch

⁴⁴⁶ Josefson (2002) belegte einen eindeutigen Zusammenhang zwischen einer präpartal diagnostizierten Behinderung des Kindes und der PPD.

⁴⁴⁷ Lipson (1980): Sie könne das Kind oder die Kinder, für das/die sie alles „erlitten“ hat, nicht in die Arme schließen und sich „belohnt“ fühlen, sondern sie müsse sich mit weiteren - meist Besorgnis erregenden - Umständen auseinandersetzen, für die auch die Hochglanz-Elternzeitschriften nur in Ausnahmefällen Worte fänden.

⁴⁴⁸ Nach Schindele (1997) und Busch in de Jong (1996/2006) muss der Mutter durch einfühlsame Hilfe ermöglicht werden, möglichst bald „eine Brücke zwischen dem inneren und dem äußeren Bild von ihrem Kind zu schlagen“, um die sich entwickelnde Mutter-Kind-Bindung nicht zusätzlich zu gefährden. Krebhiel et al. (1987) konnten z. B. nachweisen, dass Mutterschaft sich alleine aufgrund einer PDA bei einer ansonsten spontan verlaufenden Geburt nicht mehr für ihre neugeborenen Lämmer interessierten.

⁴⁴⁹ Bornemann (1989)

⁴⁵⁰ U.a. Bornemann (1989)

⁴⁵¹ Nicolson (1998) formuliert knapp: „Kinder zu versorgen ist lernbar, kein Mysterium und nicht angeboren.“

⁴⁵² Vgl. auch Schindele (1997), Merritt (2001)

⁴⁵³ Z.B. Alvaredo (1993), Thalassinis (1988), Brockington (1996), Köglberger (2000/1)

⁴⁵⁴ Chamberlain (1997); Crouch (1999) bemerkt, dass Weinen „das stressigste“ für Eltern sei, was „das Kind überhaupt tun kann“, und erläutert die daraus resultierende Unsicherheit, die „Expertenrat“ fordere, was die Verunsicherung im Grunde genommen aber eher zementiere als auflöse, da eine Abhängigkeitserfahrung in Bezug auf essentielle Kompetenzen der gesellschaftlichen Anforderungen an das Mutterbild gemacht werden musste, welche dem mythologisch aufrechterhaltenen Bild der „alle Probleme souverän meisternden Mutter“ nicht gerecht würden. Hauffe (1994) unterstreicht dies eindrucksvoll mit seiner Erkenntnis, dass Mutter beim Kinderarzt nicht nur wegen der Therapie eines kranken Kindes vorstellig würden, sondern darüber vor allem bei den „Vorsorgeuntersuchungen“ hinaus eine Bestätigung des „Experten“ bezüglich der Gesundheit ihres Kindes suchten. Nach Hartung/Hartung (1997) berichten „Sectio-mütter“ generell mehr kindsbezogene Ängste.

im Handeln - geben zu können, kann diese Verunsicherung im Umgang mit dem (schreienden) Kind oder gar Kindern weitere Schwierigkeiten in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung, auf das jetzige und spätere Verhalten des Kindes oder der Kinder und natürlich auf die Befindlichkeit der Mutter im frühen und späten Wochenbett – und selbstverständlich auch darüber hinaus nach - sich ziehen⁴⁵⁵. Nicht immer konnte ein Zusammenhang zwischen dem Weinen des Kindes und beispielsweise dem „Blues“ belegt werden⁴⁵⁶.

Mangelnde Erfahrung im Umgang mit dem eigenen Kind oder Kindern im Allgemeinen wird als Risikofaktor für Befindlichkeitsstörungen und Depressivität in der ersten Zeit nach der Geburt vor allem bei Erstgebärenden diskutiert⁴⁵⁷. Der starke „Erfolgsdruck“ der „jungen“ Mutter als „Hauptverantwortliche“ für die Betreuung und Erziehung vor allem des kleineren Kindes wird vielfach untersucht und diskutiert⁴⁵⁸. Die „Unumkehrbarkeit des Unternehmens Kind“⁴⁵⁹ mag im Zusammenhang mit frühen „Misserfolgen“ aus mangelnder Erfahrung und bereits chronifizierter Verunsicherung der Mutter oder beider Eltern Ängste und defizitäre Gefühle verstärken und damit die Stimmung der Mutter gerade im Wochenbett negativ zu beeinflussen⁴⁶⁰. Nicolson (1999) betont die Drastizität der von Müttern verlangten Umstellungen nach *jedem* einzelnen Kind in Bezug auf die jeweilige biografische Situation.

Unter dem Aspekt einer „negativen Kosten-Nutzen-Bilanz“ für die Mutter sehen evolutionsbiologische Ansätze den Zusammenhang zwischen kindlichen Faktoren und dem „Blues“ oder der Postpartum-Depression⁴⁶¹.

Die gesellschaftlich bedingte „pädozentrische“ Sicht von Mutter und Kind schon während der Schwangerschaft nimmt nach Kneuper (2004/5) der Mutter die Möglichkeit des Wahrnehmens eigener Bedürfnisse und die adäquate Erfüllung derselben. Die enge, idealisierte Verknüpfung von kindlichem Wohl in Bezug auf mütterliche Kompetenz trägt laut mehrerer Autorinnen und Autoren entscheidend zum konsistent defizitären Selbstbild der Frauen als Mütter bei und beeinflusst deren Affektlage damit negativ⁴⁶².

⁴⁵⁵ Chamberlain (1997)

⁴⁵⁶ Hartung/Hartung (1997)

⁴⁵⁷ Z.B. Köglberger (2000/1), Cox (1999), Fleming (1990); Neuhaus (1994) schrieb, dass sich ca. 60% der Erstgebärenden ausschließlich durch (Populär-)Literatur wie Elternzeitschriften und diversen Ratgebern auf die tägliche Versorgung ihres Kindes nach der Geburt vorbereiteten.

⁴⁵⁸ Nicolson (1998)

⁴⁵⁹ Chalmers/Chalmers (1996)

⁴⁶⁰ Nicolson (1999) schreibt über die enttäuschte Erwartungshaltung vieler Mütter, die von einer „automatischen“ Eignung der Frau zur Mutter und sich deswegen auch selbstverständlich und prompt einstellender „Muttergefühle und -Fähigkeiten“, vor allem im Bezug auf die Deutung der kindlichen Bedürfnisse, ausgehen.

⁴⁶¹ Nach Hagen (1999), etwas mechanistisch gedacht, stellen „Befindlichkeitsstörungen“ das Symptom für das „mühsame Aufrechterhalten“ und der mütterlichen Funktion und der daraus resultierenden „Schuldgefühle“ aufgrund der sozialen Erwartungshaltung dar (zunächst als „Blues“), er geht von einer häufigen Chronifizierung dieser Symptome (dann in Form der PPD) aus.

⁴⁶² U.a. Kneuper (2004/5), Romito (1990 und 1999), Nicolson (1998 und 1999), Fox (1999), Fleming (1990) hält dieses Phänomen vor allem bei dysphorischen Müttern für überdurchschnittlich ausgeprägt, das konsistent schlechte Selbstbild der Mütter beginnt spätestens nach der Geburt und hält nach seinen Daten oft bis

Der soziale Status- und Autonomieverlust, den Frauen aufgrund ihrer Mutterschaft erfahren, gilt auch an sich als Prädiktor für psychische Destabilität⁴⁶³. In westlichen Gesellschaften scheint Mutterschaft Abhängigkeit zu begründen oder zu verstärken, das erwachende oder bereits dafür vorhandene Bewusstsein der Frauen im Wochenbett, wenn sie zusätzlich unter dem Eindruck ihrer körperlichen Hilfs- bzw. Rekonvaleszenzbedürftigkeit stehen⁴⁶⁴, unterstützt oder bedingt gar die Entstehung von „Befindlichkeitsstörungen“. Die oben geschilderten Verluste in Zusammenhang mit den neuen Pflichten als absolute Fürsorgerin begründen derzeit eine gesellschaftlich gesehen „neue“ Sicht der ambivalenten Gefühlslage von Müttern, die sie bisher nur als konflikthaft, weil sozial unerwünscht, erleben mussten, im Sinne eine gewissen, erst zu konstitutionalisierenden „Normalität“, weil diese Ambivalenz regelhaft - und hierzulande schon zu allen Zeiten - zu den Erfahrungen der Mütter gezählt werden muss.

Die Auswirkungen einer negativen Affektlage, einer „Befindlichkeitsstörung“ oder gar Depression der Mutter auf ihre Kinder wird vielfach unkritisch postuliert⁴⁶⁵, jedoch widersprüchlich belegt⁴⁶⁶ und gilt als wesentliche Legitimation der Forschung auf diesem Gebiet⁴⁶⁷.

2.4.6. Hypothesengruppe VI – Unterstützung durch das soziale Umfeld der Mütter

Schon im Abschnitt „Prädiktoren“ wurde deutlich, dass vor allem der „adäquaten“ Unterstützung durch das soziale Umfeld der Frauen maßgeblichen positiven Einfluss auf die psychische Verfassung selbiger als Wöchnerin zuerkannt werden muss⁴⁶⁸.

In einer Gesellschaft, in der sich junge Paare, aber vor allem die Frauen, schon für ihren Kinderwunsch an sich rechtfertigen müssen⁴⁶⁹, scheint der Umgang mit der Schonungs- und

zum 18. Lebensmonat des Kindes oder gar darüber hinaus an. Nach Nicolson (1998) trägt dazu maßgeblich die gesellschaftliche Zuschreibung der Belastungen der Frau durch die Mutterschaft als deren eigene Unzulänglichkeit bei.

⁴⁶³ Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990 und 1999)

⁴⁶⁴ Aus biologischen Zusammenhängen wird diese Abhängigkeit maßgeblich abgeleitet (Nicolson (1999)

⁴⁶⁵ Z.B. Lanczik (1994)

⁴⁶⁶ U.a. Brockington (1996), O'Hara (1987); Cox (1999)

⁴⁶⁷ U.a. Kneuper (2004/5) kritisiert die „geringe Sicht- und Hörbarkeit der Frauen“ in der Forschung. Diese mache Frauen mit ihren „anekdotischen“ Erfahrungen zum Objekt, wohingegen männliche Erfahrungen Erkenntnisebene zugestanden werde. Das zusätzliche pädozentristische Forschungsbild setze die „Frau“ - im Gegensatz zum „Mann“ - und ihre Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Gefühle sogar hinter den „Fetus“, respektive das „Kind“, zurück, welcher damit noch vor der „Frau“, aber ebenfalls nach dem „Mann“ rangiere.

⁴⁶⁸ Kneuper (2004/5) bezeichnet dies sogar als „kritischen Faktor für das emotionale Überleben“ der Mütter.

⁴⁶⁹ Köglberger (2000/1), Romito (1990); Kneuper (2004/5) sieht im scheinbaren Gegensatz dazu den prinzipiell bei Frauen impizierten Kinderwunsch als normativ an: Frauen entschieden sich *aktiv* nicht „für“ ein Kind, sondern dagegen. Die gesellschaftlich problematische Wertschätzung der Mutterrolle sei auch durch unser Wertesystem bedingt, welches ursprünglich neutralen Fähigkeiten, die im Rahmen des weiblichen Rollenbildes speziell Müttern abverlangt würden, wie Selbstverzicht, Bescheidenheit, Rücksichtnahme, emotionale Offenheit oder genereller Emotionalität, negativ besetze: „Deshalb will *niemand* so sein, auch die Frauen nicht. Haben die westlichen Industrieländer mit ihren sinkenden Geburtenzahlen nicht das Wissen oder nicht den Willen, die Mutterschaft zur positiven Erfahrung für die Frauen zu machen?“ Sie schließt, dass die

eventuell sogar Hilfsbedürftigkeit einer gerade entbundenen Mutter problematisch und gespalten zu sein. Etliche Arbeiten haben dies unter verschiedensten Gesichtspunkten zu untersuchen und zu illustrieren versucht:

Köglberger (2000/1) bemängelt zunächst ganz allgemein das „fehlende soziale Netz“, das die Mütter nach der Geburt „auffangen“ könne⁴⁷⁰. Sie schreibt dies der gesellschaftlichen Entwicklungstendenz zur „Kleinfamilie“ zu, in der die Mutter als alleinige Verantwortliche für das Wohlergehen ihres Kindes oder ihrer Kinder schlicht überfordert ist⁴⁷¹. Väterliche Präsenz beschränke sich in unserem Gesellschaftsmodell im Grunde genommen auf die „Ausnahmesituation“ Feiertag und Wochenende, gesellschaftliche Präsenz werde durch die kulturell entwickelte „Privatisierung“ der Versorgung vor allem der kleinsten Kinder ausgeschaltet. In vielen Kulturen wird eine Wöchnerin für eine geraume, fest definierte Zeit ihrer alltäglichen Pflichten entbunden⁴⁷², diese Praxis findet sich in rudimentärer, medikalisierte Form im stationären Aufenthalt nach der Entbindung wieder⁴⁷³. Dieser wird heutzutage zusehend verkürzt, so dass auch er - zusätzlich zur unter der Hypothesengruppe „Wochenbett“ erörterten „Seklusionsfunktion“ - dieser Aufgabe nicht mehr auch nur ansatzweise gerecht werden kann: Die Hälfte der Frauen in einer Arbeit beurteilen retrospektiv die ersten sechs Monate mit dem Kind als „schwieriger als erwartet“, bei gut einem Viertel der Mütter zog sich die körperliche Erholung, vor allem nach einem Kaiserschnitt, über die ersten sechs Lebensmonate des Kindes hinaus⁴⁷⁴. Deshalb betrachten etliche Autorinnen und Autoren den „Blues“ als Ausdruck der „Erkenntnis“ und der Angst der jungen Mütter, nun für dieses neue, noch unbekannte Wesen „alleine zuständig“ zu sein⁴⁷⁵. Vielfach wird „social support“ auch zur Unterstützung der

Frauen nicht von der „Mutterrolle“ als solcher, sondern von deren „erdrückenden Begleitumständen befreit“ werden wollten.

⁴⁷⁰ Schindele (1997) schreibt vom essentiellen „getragen werden“ des Foeten in der Schwangerschaft und erweitert dieses Bedürfnis für den erwachsenen Menschen auf das dann abstrahierte „getragen werden“ innerhalb seiner sozialen Beziehungen. Für Frauen im speziellen postuliert LoCicero (1993) den Bezug des Selbstwertgefühls vorrangig aus ihrem Umfeld, ihren sozialen Beziehungen. Ein negatives Selbstbild wirke sich auf die psychische Befindlichkeit in hohem Maße aus, hierin sieht sie den Beitrag des sozialen Umfeldes zur postpartalen Befindlichkeit der Mütter.

⁴⁷¹ In Bezug auf unzureichende Unterstützung der Wöchnerin schrieben 1986 Chalmers/Chalmers: „Minor accidents become major problems.“

⁴⁷² Wile (1995) nennt drei „transkulturelle Gemeinsamkeiten“ des „Wochenbettkonzeptes“, die in unserer Kultur nur noch „rudimentär“ vorhanden seien: Unterbrechung des Alltags, Schutzbedürftigkeit/Verwundbarkeit der „neuen Mutter“ und Anerkennung des Statuswechsels der Frau. Er bezeichnet unser eigenes kulturelles Vorgehen als „kulturelle Isolation der Wöchnerinnen“, die zur Depression führe, weil die Aufmerksamkeit den Frauen gegenüber in der Schwangerschaft noch recht hoch sei, nach der Geburt aber auf das Kind übergehe, die Sorge um sein Wohlergehen aber ganz auf sie. Er merkt das in unserer Kultur fehlende Bewusstsein der Kinder als *everyone's purpose* an. Die Frauen selbst scheinen die generell zum Ausdruck gebrachte Distanz zu spüren: Etliche beklagten sich über die eigentlich erwartete, aber dann offensichtlich mangelnde Empathie ihrer „Umgebung“.

⁴⁷³ Kruckman (1987); Romito (1990) schreibt, dass medikalisierte Wochenbettkonzepte mit ihrer Ritualfunktion genauso wie Wochenbettrituale anderer Kulturen die gesellschaftlichen Konventionen über das weibliche Rollenbild „untermauerten“. Diese sozialen Erwartungshaltungen gäben das Spannungsfeld vor, innerhalb dessen sich „Depression“ abspiele. Sie bezeichnet letzteres als *evidence based fact* innerhalb der Gesellschaftswissenschaften.

⁴⁷⁴ Tulman (1991); Linder (1996) ergänzt, dass 61% der Mütter nach der Geburt „zu wenig Zeit“ und „zu wenig Unterstützung“ für ihre eigene Rekonvaleszenz fanden.

⁴⁷⁵ U.a. Romito (1990), Köglberger (2000/1); Nicolson (1998 und 1999) erläutert die durch die weibliche Sozialisation zusätzlich „aufgebürdete Last“ der Zuständigkeit für das Wohlergehen nicht nur ihrer Kinder,

gerade entstehenden Mutter-Bind-Bindung gefordert, gerade auch Frauen betreffend, die vorbekannt zur Depressivität neigen⁴⁷⁶. Dass zwar die allgemeine Zufriedenheit der Frauen mit dem Ausmaß ihres „Unterstützt-werdens“ korreliert, diese Unterstützung aber schon im ersten Lebensjahres des Kindes konstant abnimmt, fand Gjerdingen in seinen Untersuchungen von 1994.

Schlichtere Untersuchungen stellten beispielsweise gerade bei Erstgebärenden „mit Problemen“ mehr „Blues“ fest als bei solchen „ohne Probleme“⁴⁷⁷, eine deutlich erhöhte Prävalenz der Postpartum-Depression bei „fehlender Unterstützung“⁴⁷⁸, oder deuten „Blues“⁴⁷⁹ und auch Postpartum-Depression⁴⁸⁰ als „Strategie der zu wenig unterstützten Mütter, Väter und Familienmitglieder zur Hilfe zu bewegen“. Zum Allgemeinplatz schlechthin wurde die unhinterfragte „Überforderung“ vor allem der gerade entbundenen Mütter⁴⁸¹.

Neuere Arbeiten messen nicht nur der sozialen Unterstützung als quantitativem Fakt, sondern vor allem qualitativer, situativ angemessener - und im Ausnahmefall sogar eigenen, ausdrücklich geäußerten Bedürfnissen der Wöchnerin entsprechenden Unterstützung erhebliche Bedeutung bei⁴⁸². Die Zufriedenheit der Frauen mit der ihnen zuteil gewordenen Unterstützung wies durchwegs eine gleichsinnige Korrelation mit der Postpartum-Depression⁴⁸³ auf. Ein wesentlicher Aspekt scheint auch die oft fehlende Information der werdenden Mütter über mögliche Unterstützung nach der Geburt zu sein⁴⁸⁴.

sondern auch noch ihres Partners und des engsten sozialen Umfeldes (z.B. der pflegebedürftigen Eltern oder Schwiegereltern), welche eine Einzelperson, weiblich oder männlich, zwangsläufig überfordern müsse als „romantischen, idealisierten Mythos der selbstlosen Mutter, alles rettend, immer voller Kraft und darüber hinaus auch noch gepflegt aussehend und sexuell attraktiv wirkend“. Sie weist auf das kulturelle Konstrukt der „Mutterschaft“ im Gegensatz zu seiner meist postulierten „Natürlichkeit“ (d.h. eine Art „genetische Determination“ implizierend) hin, das auch in der heutigen Wissenschaft zu wenig hinterfragt und statt dessen reproduziert würde. Dies wiederum hätte zur Folge, dass die Belastungen durch die Mutterschaft anstatt als sozial verhandelbare Faktoren als persönliche Unzulänglichkeit der Frauen betrachtet und auch auf dieser Ebene „therapiert“ würden. Auch nach Kneuper (2004/5) macht Medizin auf diese Art und Weise soziale Entwicklungen sichtbar und „betont“ diese.

⁴⁷⁶ Z.B. Crouch (2000)

⁴⁷⁷ Hartung/Hartung (1997)

⁴⁷⁸ z. B. Paykel (1980) äußert die Vorstellung von sich zur Depression „addierenden Enttäuschungen (der Wöchnerinnen) aufgrund fehlender Unterstützung“. Schwab (1993) nennt ein „Gefühl des Unversorgt-seins“, welches die Zufriedenheit der Frauen „am nachhaltigsten“ beeinträchtigt.

⁴⁷⁹ Crouch (1999), wobei diese differenziert auf die wohl wahrscheinlichste „Urform“ menschlichen Zusammenlebens in kleineren Familienverbänden oder Großfamilien und deren Unterstützungspotential hinweist. Die Entstehung der „moderne Hilflosigkeit“ sieht sie in der Auflösung solcher Strukturen, die sie auch als „eng untereinander verwobene Schicksalsgemeinschaften“ bezeichnet, zugunsten flexibler - weil ungebundener - Individuen begründet. Des Nachteils der evolutionsforschungs-basierten Theorien ist sie sich bewusst: aus einer hypothetischen Vergangenheit konstruiert, müssen sie ihre Evidenz in der Gegenwart erst unter Beweis stellen.

⁴⁸⁰ Hagen (1996)

⁴⁸¹ Vgl. z.B. Pitt (1969), Honikman (1995), O'Hara (1990 und 1999)

⁴⁸² U.a. Fleming (1988), Chalmers/Chalmers (1986), Fox (1999), Honikman (1995), Romito (1990 und 1999)

⁴⁸³ In diversen Studien, nach Merritt (2001). Sie teilt allgemeinen *social support* in 4 Kategorien auf: „sachliche Hilfe“, „Information“, „Empathie/Emotion“ und „Feedback“.

⁴⁸⁴ Kneuper (2004/5), Merritt (2001)

Die „nichtpsychotische Postpartum-Depression“ ist möglicherweise stärker mit sozialen Faktoren assoziiert als die Postpartum-Psychose⁴⁸⁵. Als kleiner Exkurs sei erwähnt, dass auch bei postmenopausalen Depressionen die fehlende soziale Unterstützung nebst partnerschaftlichen Problemen als wichtige Risikofaktoren identifiziert werden konnten⁴⁸⁶.

„Selbsthilfegruppen“ und „Wochenbettkurse“ werden vielfach als Konsequenz aus der erkannten Bedeutung der „Verlassenheit“ junger Eltern aufgrund der insuffizienten sozialen Unterstützung im Allgemeinen gefordert, auch und gerade im präventiven Sinne⁴⁸⁷.

2.4.7. Hypothesengruppe VII – Partnerschaft

Mit der Rolle des Partners oder Vaters bei der Geburt setzten sich zahllose Arbeiten auseinander. Auch er kann Symptome entwickeln, die dem „Blues“ oder gar der Postpartum-Depression⁴⁸⁸ entsprechen⁴⁸⁹. Da wir ausschließlich die Unterstützung der Frau durch ihren Partner und den Einfluss des partnerschaftlichen Verhältnisses auf die Befindlichkeit der Mutter untersuchten, können differenziertere Betrachtungen über die „neue Vaterschaft“ und Rolle des Partners hier nicht geleistet werden, es sei jedoch vermerkt, dass etliche Arbeiten zu den bei Männern und Frauen gleichermaßen hervorragend angelegten elterlichen Fähigkeiten existieren⁴⁹⁰.

Der Partner steht auch in der heutigen klinischen Geburtshilfe eher am Rande des Geschehens, auch wenn von vielen Seiten auf den zusehends häufigeren eigenen Wunsch des werdenden Vaters nach einer aktiveren Beteiligung am Geburtsgeschehen verwiesen⁴⁹¹ und ihm prinzipiell auch entsprochen wird. Der Wunsch der Mütter nach der Beteiligung des Partners oder auch einer anderen Person ihres Vertrauens wird überwiegend als selbstverständlich dargestellt. Beides aber wird in der Realität oft dem reibungslosen Ablauf der geburtshilflichen

⁴⁸⁵ Steiner (1995)

⁴⁸⁶ Woods (1996)

⁴⁸⁷ Z.B. Lipson (1980 und 1982), Honikman (1995), Oglesby (2001); Brockington (1996). Fox (1999) hält die Frauen aufgrund der „bemerkenwert geringen Unterstützung durch die Gesellschaft“ verstärkt auf „individuelle Unterstützung“ angewiesen. Andere Autorinnen und Autoren (z.B. Nicolson, 1998) bemängeln an diesem Konzept die ausgeblendete gesamtgesellschaftliche Verantwortung, mit speziellen Kursen werde wiederum an „Experten“ delegiert und entmündigt, die Selbsthilfegruppen reduzierten die Problematik weiterhin auf die private Ebene der betroffenen Frauen. Kneuper (2004/5) zufolge erwarteten moderne Mütter - auch aufgrund der tagespolitischen Diskurse zur derzeit besorgniserregenden demografischen Entwicklung - zusehends gesellschaftliche Unterstützung für das „soziale Gut“ Kind.

⁴⁸⁸ Chalmers /Chalmers (1986)

⁴⁸⁹ U.a. das sog. *Couvade-Syndrom* (eine Art „Kopieren“ weiblicher Wochenbettbeschwerden durch den Kindsvater), vgl. auch Kneuper (2004/5); die Prävalenz depressiver Störungen der Väter nach der Geburt ihres Kindes liegt nach Brockington (1996) bei etwa 6-9%, auch Männer weisen betont neurotische Komponenten auf. Die PPD ihrer Partnerin führt bei ca. 50% der Väter zu psychischen Problemen. Elliott (1999) verweist auf die Verwendung derselben Klassifizierung zur Kodierung der PPD bei Männern und Frauen.

⁴⁹⁰ Z.B. Papousek (1984)

⁴⁹¹ U.a. O'Hara (1987), Brockington (1996), Neuhaus (1994), Bornemann (1989)

Routine untergeordnet⁴⁹². Ganz besonders gilt dies für Kaiserschnittgeburten, da auch die von Fall zu Fall gebotene Eile die gesamte Situation verschärft. Während der primär spontanen Geburt oder auch der sich anschließenden sekundären Sectio bleibt dem Partner meist wenig Zeit, sich eine eigene Meinung zu bilden oder darauf basierend, eigene Entscheidungen zu treffen. Es fehlt ihm auch ein geeigneter Ansprechpartner, denn das Personal ist gänzlich auf die werdende Mutter bezogen. Die als verunsichert beschriebenen Männer scheinen sich umso leichter meist den ärztlichen Meinungen anzuschließen, oft auch gegen die Meinung ihrer Partnerin⁴⁹³. Dieser Mechanismus belastet die Partnerschaft oft über das Geburtsgeschehen hinaus und nimmt gerade in der Phase des frühen Wochenbettes Einfluss auf die Befindlichkeit der Frau.

Besonders bei einer Kaiserschnittgeburt wird die Anwesenheit des Partners von den Frauen als „Schutz“ empfunden. Dies äußerten die von uns untersuchten Mütter in Übereinstimmung mit Frauen aus anderen Arbeiten⁴⁹⁴. Mit diesem Bedürfnis nach „Schutz“ äußern die Frauen implizit ein Gefühl der Bedrohung durch den operativen Eingriff.

Als Möglichkeit, den Partners schon im Wochenbett besser in die Situation der Frau zu integrieren, werden für die klinische Geburtshilfe und speziell auch für die Eltern, die aus welchen Gründen auch immer überdurchschnittlich lange stationäre Aufenthalte in Kauf nehmen müssen, so genannte „Familienzimmer“ angeboten und in ihrer Bedeutung diskutiert⁴⁹⁵: Wenn dem Partner gerade in der Zeit des frühen Wochenbettes mehr „Platz“ und damit auch mehr Bedeutung zugesprochen wird, kann er der Mutter seines Kindes sowohl räumlich als auch im übertragenen Sinne näher sein, und somit umso früher seinen neuen Platz im veränderten Familiengefüge einnehmen.

Es spricht einiges dafür, dass gerade Frauen nach einem Kaiserschnitt negativere Partnerschaften führen oder diese negativer erleben, auch die Männer scheinen diverse Probleme mit der Schnittentbindung ihrer Frauen zu haben⁴⁹⁶.

Schon in der Schwangerschaft, aber auch davor scheinen Partnerschaftsprobleme ein bedeutsamer Prädiktor für „Blues“⁴⁹⁷ und Postpartum-Depression zu sein, wobei Fleming in seiner Arbeit von 1990 klugerweise nach der Richtung dieses nicht zwingend ursächlichen Zusammenhangs fragt: Depressive Frauen könnten vermehrt zu Partnerschaftsproblemen neigen, welche die postpartale psychische Situation wiederum zusätzlich verschärfen könnten.

⁴⁹² Bornemann (1989)

⁴⁹³ de Jong (1996/2003)

⁴⁹⁴ Neuhaus (1994), de Jong (1996/2003); Lipson (1980) hält wie Bornemann (1989) die positive Beeinflussung des „Sectio-Erlebnisses“ durch die Anwesenheit des Partners für „maßgeblich“.

⁴⁹⁵ ebd.

⁴⁹⁶ LoCicero (1993)

⁴⁹⁷ Hartung/Hartung (1997) fanden 100% „Blues“ bei Wöchnerinnen mit vorausgegangenen Partnerproblemen.

Die Scheidungsrate scheint hierzulande vor allem im ersten Lebensjahr des Kindes besonders hoch zu sein. Kneuper (2004/5) führt die Tatsache, dass in ihrer Studie ungefähr die Hälfte der Frauen die „klassische Rollenverteilung“ als scheinbar unabwendbares Übel⁴⁹⁸ hinnahm, aber Unzufriedenheit äußerte, auf soziale Erwartungshaltungen und den daraus resultierenden Druck zurück. Die Trennungsrate hält sie für ein Symptom vor allem der psychischen Beeinträchtigung, die aus dieser Situation erwachse. Die Themen Status- und Autonomieverlust in Bezug auf die Wochenbettbefindlichkeit wurden bereits in der Hypothesengruppe „stationäres Wochenbett/Sekusion“ dargestellt⁴⁹⁹. Insgesamt scheinen die Frauen gerade in Hinsicht auf die als gemeinsames Projekt verstandene Familiengründung oder -erweiterung von ihren Partnern adäquate emotionalen und praktische Unterstützung zu erwarten⁵⁰⁰. Frauen mit Postpartum-Depression berichten offensichtlich weitestgehend übereinstimmend von (zu) wenig emotionaler und praktischer Unterstützung durch den Partner/Ehemann, eine geringere Beziehungszufriedenheit und einer reduzierten partnerschaftlichen Kommunikationsdichte⁵⁰¹, wobei die bereits erwähnte Fraglichkeit eines kausalen Zusammenhanges mit unklarer Richtung in der Deutung dieser Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Auch in der Therapie der postpartalen „Befindlichkeitsstörungen“ der Mütter wird die Bedeutung des Partners - nebst seines spontan meist wohl eher zurückhaltenden Engagements diesbezüglich⁵⁰² - gerne unterstrichen⁵⁰³, obwohl verschiedene Arbeiten die „feste Beziehung“ respektive Ehe selbst zumindest für die Frauen als eigenen Risikofaktor für Depressivität beschreiben⁵⁰⁴. Wenn von „gestörter“ Befindlichkeit von Frauen die Rede ist, sollten Faktoren

⁴⁹⁸ Kneuper beschreibt die Aussagen der Frauen sehr akribisch und exzerpiert als gemeinsamen Nenner den Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Frauen nach „mehr Gemeinsamkeit“, „Nähe“ und „Anteilnahme“ mit ihrem bzw. des Partner/s schon in der Schwangerschaft. Emanzipatorische Ansprüche würden früh zugunsten eines erhofften „Wir-gefühls“ aufgegeben und nur in sehr wenigen Fällen durchgesetzt. Auch Nicolson (1999) setzt sich mit dem Phänomen der zum „klassischen“ wechselnden Rollenidentität der Frauen im Gegensatz zu den Männern auseinander, die auch dann eintrete, wenn die Partner ihre jeweilige soziale Rolle vorher völlig anders definierten, d.h. nach individuellen Vereinbarungen und Vorlieben. Sie schreibt, dass nur die Väter den Vorteil genössen, selbst zu entscheiden, in welchem Maße sie sich für die unmittelbare Betreuung ihrer Kinder engagierten. Oakley (1981) sieht sogar negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung aufgrund der unbefriedigenden Situation der jungen Mutter, welche aus der Umstrukturierung einer „vor dem Kind gleichberechtigten Partnerschaft zu einer patriarchalistisch strukturierten Kleinfamilie mit ökonomischer und psychischer Abhängigkeit vom Mann“ resultiere.

⁴⁹⁹ Vgl. Kap. 2.4.4.

⁵⁰⁰ Z.B. Kleiman (2001) formuliert als pragmatische Orientierungshilfe den Hinweis „ask her bevor doing something to help her“ und meint erklärend: „Women need to feel that their families accept their feelings and fears as valid“. Oakley (1981) schreibt der Unterstützung durch den Partner eine weitaus bedeutsamere Rolle für das psychische Wohlergehen der jungen Mutter als der Unterstützung durch sonstige Personen des nächsten sozialen Umfeldes zu.

⁵⁰¹ Z.B. Hall (1997); Romito schreibt, dass sich schon kurz nach der Geburt ca. 50% der Väter kaum mehr als zuvor an den „Alltagspflichten“ bezüglich Haushalt und Kindern beteiligten. Sie fügt hinzu, dass sie nach der Geburt durchschnittlich sogar noch weniger Engagement zeigten als in der Zeit vor der Geburt des Kindes.

⁵⁰² Brockington (1996) ist von der grundsätzlich oft aufgeschlossene Einstellung der Partner überzeugt, beschreibt sie jedoch im gleichen Atemzug als „schwer zu gewinnen“.

⁵⁰³ Brockington (1996), O'Hara (1987), Kleiman (2001)

⁵⁰⁴ U.a. Mental Health Net (1996); Brockington (1996) merkt übereinstimmend an, dass Beziehungen bezüglich männlicher Depressivität sogar protektiv zu wirken scheinen. Nicolson (1998) erklärt dies mit der sozialisierten „Zuständigkeit“ der Frauen für das körperliche und seelische Wohlergehen ihrer (Ehe-) Männer,

wie häusliche Gewalt und sexuelle Traumatisierung, die gerade für diese eng mit „Beziehungsleben“ verknüpft sind, nicht außer acht gelassen werden⁵⁰⁵. Arbeiten im speziellen Bezug dieser sensiblen Thematik zu „Blues“ oder Postpartum-Depression existieren bisher nicht.

Abschließend sei erwähnt, dass offensichtlich jede Studie, die die Bedeutung von Partnerschaftsproblemen für die Befindlichkeit der Frauen vor allem nach der Geburt eines gemeinsamen Kindes beforschte, selbige belegen konnte⁵⁰⁶.

2.4.8. Hypothesengruppe VIII – Psychiatrische Eigen- und Familienanamnese

Die Thematik in Bezug auf Ängste und Ängstlichkeit wird eigens in der Hypothesengruppe X behandelt.

Durchweg gelten eine psychiatrisch auffällige Eigen- und auch Familienanamnese⁵⁰⁷ als Prädiktoren vor allem schwerer „Befindlichkeitsstörungen ohne psychotische Komponente“ als auch – in besonderem Maße – psychotischer Störungen⁵⁰⁸. Auch die Postpartum-Depression und die Postpartum-Psychose gelten ihrerseits als Risikofaktor für weitere, wochenbettabhängige, aber auch wochenbettunabhängige Depressionen und Psychosen⁵⁰⁹.

Die verschiedenen psychologischen und psychiatrischen Ansätze wurden im Abschnitt über die ätiologischen Konzepte bereits vorgestellt⁵¹⁰.

was auch bedeute, dass es in erster Linie die Frauen seien, die für die Kinder langfristige oder sogar lebenslängliche Veränderungen in ihrem Leben hinnähmen. Sie ergänzt, dass Männer bezeichnenderweise Frauen deshalb vielfach sogar bewunderten, aber seltenst beneideten, da dies für sie eindeutig eine „Verzichtsituation“ bedeute und stellt provokativ die rhetorische Frage, warum dann die Frauen diese Umstellungen für sich als „Fortschritt“ verbuchen sollten.

⁵⁰⁵ Mental Health Net (1996): über 50% der Frauen machen mindestens einmal im Leben eine körperliche und psychische Gewalt-Erfahrung, davon werden über 50% sexuell genötigt, meist von ihrem Partner oder anderen Männern aus ihrem engsten sozialen Umfeld. Es wird auf die entsprechenden WHO-Studien verwiesen.

⁵⁰⁶ Romito (1990), vgl. dazu den Abschnitt „Prädiktoren“ (Kap. 2.3.3.1.)

⁵⁰⁷ Vgl. u.a. Steiner (1993/5??). Er vertritt die Ansicht, dass aufgrund der wechselseitigen Prädiktorenrolle etliche „PPDen“ eigentlich „Antepartum-Depressionen“ seien, weil sie vorher lediglich unerkannt gewesen waren. Köglberger (2000/1) bezieht auch leichtere „Befindlichkeitsstörungen“ mit ein und verweist ausdrücklich auch auf die Wechselwirkungen von „Befindlichkeitsstörungen“ und Sucht bzw. sexuellem Missbrauch.

⁵⁰⁸ Vgl. die Zusammenfassung über die „Prädiktoren“ (Kap. 2.3.3.1)

⁵⁰⁹ O'Hara (1987), Brockington (1996) und Lanczik (1994) merken zusätzlich an, dass der Zusammenhang zwischen Psychose und der Zeit des Wochenbettes wesentlich stärker sei als zwischen Depressivität und Wochenbett. Allerdings sei die Psychose mit einer Prävalenz von ca. 1:1000 oder weniger an sich eher selten.

⁵¹⁰ Vgl. Kap. 2.3.2.4.

2.4.9. Hypothesengruppe IX – Probleme und Einflussfaktoren bezogen auf die bereits erlebten Schwangerschaft(en)

Dass allgemeine Probleme in der Schwangerschaft Einfluss auf die Befindlichkeit im Wochenbett nehmen, erscheint plausibel und konnte in einigen Arbeiten belegt werden⁵¹¹, in anderen jedoch nicht⁵¹².

Risikoschwangerschaften⁵¹³ und Komplikationen in der Schwangerschaft scheinen sich durchwegs auf ein vermehrtes Auftreten sowohl von „Baby-Blues“⁵¹⁴ als auch Postpartum-Depression⁵¹⁵ auszuwirken. Der medizinische und gesellschaftliche Risikobegriff in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt wird bereits in der ersten Hypothesengruppe zum Geburtsereignis an sich ausführlich zur Diskussion gestellt⁵¹⁶.

Depressivität in der Schwangerschaft scheint öfters sowohl mit dem „Blues“⁵¹⁷ als auch mit der Postpartum-Depression⁵¹⁸ zu korrelieren. Jedoch gab es auch Arbeiten, die wenig Konsistenz bezüglich dieses Merkmals fanden: Josefson fand 2001 bei 1500 untersuchten Frauen 17% Depressivität⁵¹⁹ im dritten Trimenon, 18% im frühen und 13% im späten Wochenbett, bei einer Nacherhebung nach sechs Monaten ebenfalls 13%, jedoch waren mehr als die Hälfte

⁵¹¹ U.a. schon bei Yalom (1968), Davison (1972) nach Hartung/Hartung (1997)

⁵¹² U.a. Pitt (1973), Ballinger (1979), Stein (1980)

⁵¹³ u.a. Kneuper (2004/5) geht auf die medikalisierte „Schwangerenvorsorge“ ein (in ihrer Studie handelte es sich ausschließlich um „erwünschte“ Schwangerschaften). Schon der eingetretene Umstand der Schwangerschaft werde heute sowohl von den Frauen als auch gesellschaftlich erst nach der ersten Untersuchung (als „kontituierendes Ritual“) durch den Gynäkologen oder die Gynäkologin als real bestehendes, soziales Faktum anerkannt. Subjektivem Wissen und Wahrnehmung wird allenfalls anekdotischer Stellenwert zuerkannt. Diese kulturelle Entwicklung binde die Frauen an das medizinische System, das somit sowohl Vorsorge- als auch disziplinierende Kontrollfunktion in Bezug auf die Schwangere und die Schwangerschaft übernehme. Erst erfahrenere Schwangere scheinen die selbst gespürten Kindbewegungen höher zu bewerten als das Ultraschallbild, für die soziale Wahrnehmung auch der fortschreitenden Schwangerschaft seien Messergebnisse und Bilder der Medizin wichtiger als die Eindrücke und Erfahrungen der Frauen selbst. Die Beratung der Schwangeren erfolge nach dogmatischen Kriterien, besonders im Blickfeld stünden die „unerfahrenen“ Erstschwangeren. Frauen würden durch diese und den Ritualcharakter der medizinischen Maßnahmen eher geängstigt als beruhigt, letzteres erhofften sie von den „Vorsorgemaßnahmen“ besonders. „Massenbetrieb“, „Uniformität“ und „Zwang“ seien in den Berichten der untersuchten Frauen mit die am häufigsten wiederkehrenden Vokabeln. Zusätzlich bezögen sich „Ratschläge“ anderer Frauen meist auf Negatives, was die grundsätzlich bereits geweckte Angst der Frauen weiter bestärke. Die allgemeine Ratgeberliteratur biete Richtlinien des Handelns, sei aber keine Hilfe bei speziellen Problemen der Schwangeren. Dabei erwarte die „Allgemeinheit“ schon in der Schwangerschaft eine besondere Zufriedenheit der Frauen, diese Erwartungshaltung setze die Frauen unter Druck. Schon in dem besonderen Zustand vor der Geburt würden sie nicht ernstgenommen und ihre Körperwahrnehmungen ohne medizinischen Befund auf „Wehwehchen“ reduziert und damit von „ernstzunehmenden Menschen“ isoliert. Sie führt als Symptom dieser Entwicklung die Existenz spezieller, hochfrequentierter *chat rooms* als „Selbsthilfegruppe“ an. Alles in Allem führten die dargestellten Umstände zu einer sich kontinuierlich weiter selbst verstärkenden Verunsicherung der Frauen in einer Situation, in der sie eigentlich maximale Sicherheit anstrebten.

⁵¹⁴ Köglberger (2000/1), Bergant (1998)

⁵¹⁵ Josefson (2002), Köglberger (2000/1)

⁵¹⁶ Vgl. Kap. 2.4.1.

⁵¹⁷ Z.B. Hartung/Hartung (1997)

⁵¹⁸ Z.B. bei O'Hara (1987): er befürwortete ein Screening aller Schwangeren zur „Früherkennung“. An diesem Konzept wird die damit einhergehende generelle weitere Pathologisierung der Schwangerschaft kritisiert (z.B. Nicolson, 1998)

⁵¹⁹ EPDS ≥ 10

der Frauen, die in der Schwangerschaft depressiv gewesen waren, danach *nicht* deprimiert gewesen.

Sowohl ungeplante als auch unerwünschte Schwangerschaften wurden als Prädiktoren für postpartale „Befindlichkeitsstörungen“ identifiziert⁵²⁰. Ungeplante Schwangerschaften können einen Bezug zum Geburtserlebnis haben: Salmon schreibt 1992, dass sie zu einem „stressigeren Geburtserlebnis“ führten und dieses wiederum ein vermehrtes Auftreten des „Baby-blues“ im frühen Wochenbett zur Folge hätten.

Eine *negative obstetric history* erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer „Befindlichkeitsstörung“ im frühen oder späten Wochenbett in manchen Arbeiten nicht, in anderen hingegen ausdrücklich⁵²¹. Bornemann (1989) führt die geringere Bereitschaft von schnittentbundenen Müttern zu erneuten Schwangerschaften an, was er als möglichen Hinweis auf ihre psychische Beeinträchtigung durch die Entbindungsart an sich wertet⁵²². Der aktuellen Schwangerschaft vorausgegangene Abtreibungen erhöhten auch nach der bereits erwähnten Arbeit von Salmon das Risiko für das Auftreten des „Blues“. Eine oder mehrere erlebte Fehl⁵²³- oder gar Totgeburten gelten als psychischer Belastungsfaktor für die Frau gerade bei einer erneuten Schwangerschaft, zumal Frauen dazu zu neigen scheinen, die Verantwortung für ein medizinisch gesehen eher schicksalhafteres Geschehen⁵²⁴ sich selbst bzw. irgendeinem „fehlerhaften“ Verhalten ihrer selbst zuzuschreiben⁵²⁵.

Eine positive Selbstwahrnehmung in der Schwangerschaft senkt das „Blues“-Risiko⁵²⁶ möglicherweise. Gillett (1995) beschreibt Figurprobleme sowohl in als auch nach der Schwangerschaft als Identitätsprobleme⁵²⁷ der Frau. Stark verallgemeinernd kann der Bezug einer

⁵²⁰ Für die PPD: Hagen (1999)

⁵²¹ Josefson (2002) fasst unter diesem Sammelbegriff Ereignisse wie vorausgegangene, problematisch verlaufene Schwangerschaften, Fehl- und Totgeburten sowie Abtreibungen und traumatische Entbindungen wie komplizierte vaginal-operative Entbindung, Sekundäre und Not-Section zusammen. Die zeitliche Latenz, mit der die Depressivität gerade im späteren Wochenbett und danach auftritt, hält er für ein Indiz des „Trauerprozesses“, mit dessen Hilfe die Wöchnerin das Geschehene verarbeiten müsse. Ebenso Köglberger (2000/1), Bergant für den BB (1998)

⁵²² Als Störgröße gibt der den höheren Altersdurchschnitt der „Section-Mütter“ an, auch dieser könne ein Grund für die geringere Anzahl angestrebter Folgeschwangerschaften sein.

⁵²³ Intrauteriner Fruchttod bis zum Ende der 12. SSW

⁵²⁴ Ca. die Hälfte aller gynäkologisch registrierten SS bei Erstschwangeren kommen nicht „zum gewünschten Ende“, davon 3/3 innerhalb der ersten 12 Wochen (nach Kneuper, 2004/5).

⁵²⁵ Diese Übereinkunft spiegelt sich beispielsweise in der eigens dafür vorgesehenen Ziffer des im Mutterpass aufgeführten Risikokatalogs wieder. Kneuper (2004/5) stellte fest, dass Frauen zu diesem Thema generell äußerst mangelhaft informiert sind und führt dies auf die gesellschaftliche Tabuisierung der nicht „erfolgreich beendeten“ Schwangerschaft zurück. Ferner weist sie darauf hin, dass vor der Ära der Sonografie die Schwangerschaft erst mit der Wahrnehmung der Kindsbewegungen durch die werdende Mutter begann, und dadurch dieser frühe „Verlust“ eines ungeborenen Kindes so nicht „möglich“ gewesen war. Die zunehmende Wahrnehmung des Ungeborenen als Person vom Zeitpunkt der Zeugung an ermögliche mangels griffiger medizinischer Erklärungen für die im Prinzip hohe Anzahl der Aborte eine Psychologisierung der vermeintlichen Ursachen seitens der betroffenen Frauen, welche mangels Auflösbarkeit zu „rollenbildgerechten“ Schuldgefühlen führten.

⁵²⁶ Hartung/Hartung (1997)

⁵²⁷ „Wer bin ich *jetzt*?“

Schwangeren zu ihren körperlichen Veränderungen als ambivalent und von Frau zu Frau extrem variierend gelten. „Wachstum“ und „Erfüllung“ werden als passiver Prozeß erlebt und stellen die aktiven Bedürfnisse der Schwangeren zusehends „in den Schatten“. Dies kann als Belastung gesehen werden, wird vielfach jedoch als „positive Belastung“ empfunden⁵²⁸. Es scheint auch Frauen zu geben, die der Distanz zu dem neuen Wesen in ihrem Körper drastischen Ausdruck verleihen⁵²⁹.

Generell scheinen Frauen gerade auch in Bezug auf die Schwangerschaft psychische und physische Probleme als „selbstverschuldet“ oder zumindest als maßgeblich durch sie beeinflussbar zu erleben. Dies führt bei den „systematisch“ eher verunsicherten⁵³⁰ Schwangeren zu einer erhöhten Anpassungsbereitschaft in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Verhalten in Freizeit und am Arbeitsplatz⁵³¹, Mobilität, finanziellen Investitionen und sonstigen Lebensgewohnheiten. Gleichzeitig macht dies es Verhalten die Frauen noch anfälliger für Verunsicherungen, nimmt ihr die Geborgenheit ihres gewohnten Alltags und legt aufgrund des anhaltenden „Ausnahmestandes“ den Grundstein für mögliche psychische Beeinträchtigungen. Für diese Hypothese sprechen auch die bereits erwähnten Zahlen der höchsten psychischen Vulnerabilität zum Schwangerschaftsende hin⁵³².

2.4.10. Hypothesengruppe X – Ängste und Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft

Sowohl Angst und Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal als auch situativ bedingte Angst bzw. Ängstlichkeit in Bezug auf Depressivität und „Befindlichkeitsstörungen“ waren bereits Gegenstand der Forschung.

„Situationsbedingte“ Ängste können nicht in jeder Arbeit zweifelsfrei von der „Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal“ unterschieden werden, deshalb folgt ein kleiner Auszug aus dem in der Literatur behandelte Spektrum: Arizmendi beschrieb 1987 den negativen Einfluss von Ängsten auf die Komplikationsrate bei der Geburt⁵³³. Vielfach wurden Frauen in der Schwangerschaft bezüglich ihrer „geburtsbezogenen“ Ängste befragt, unter anderem die Dauer der

⁵²⁸ Kneuper (2004/5)

⁵²⁹ Nach Kneuper (2004/5): Sie bezeichnen den Foetus vor allem in früheren Schwangerschaftsstadien als „Alien“ oder „Krebsgeschwür“.

⁵³⁰ Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990 und 1999), Linder (1997), Schindele (1997) u.a., vgl. auch Kap. 2.4.1. („Spezielle Literatur zur Geburt durch Sectio Caesarea in Bezug auf die Medikalisierung der Geburt“)

⁵³¹ Die Schwangerschaft nimmt im Berufsleben den Status einer Belastung sowohl für die Arbeitnehmerin als auch für den Arbeitgeber ein. Beförderungsaussichten brechen für Frauen nicht erst durch reale, sondern auch schon potentielle Schwangerschaften ein, der Bauch gilt als optische Beeinträchtigung für die berufliche Umgebung der Frau, ihre möglicherweise geringere zukünftige Belastbarkeit schon am Beginn der Schwangerschaft als faktisches Manko und ihre Rückkehr an ihren bisherigen Arbeitsplatz nach der Geburt als ferne Unmöglichkeit. Die finanziellen Folgen dieser Perspektive beeinträchtigen die Frauen schon in der Schwangerschaft maßgeblich, wie selbstverständlich jedoch bereiten sich die meisten Frauen auf das Zuhausebleiben vor (nach Kneuper, 2004/5)

⁵³² U.a. Josefson (2001)

⁵³³ Für die untersuchten Sectio-entbundenen Mütter standen Ängste an 4. Stelle (von 10) der Stressfaktoren p.p.

Geburt, die Schmerzhaftigkeit und befürchtete Eindrücke wie „Kontrollverlust“, „Abhängigkeit dem Personal gegenüber“ – vor allem in Bezug auf Schmerzkontrolle geäußert⁵³⁴, „Ärger über medizinische Interventionen“ betreffend oder auch von den Frauen ganz allgemein als Angst vor „Unvorhergesehenem“ geschildert⁵³⁵. Es konnten wiederholt Zusammenhänge sowohl mit dem „Blues“⁵³⁶ als auch der Postpartum-Depression⁵³⁷ hergestellt werden. Ängstlichkeit als grundlegende Charaktereigenschaft wurde aber ebenfalls mit „Baby-Blues“⁵³⁸ und Postpartum-Depression in Verbindung gebracht.

Angst als solche wird in vielen Arbeiten auch kategorisiert: Schwab (1993) beispielsweise unterscheidet die Angst „vor dem Klinikbetrieb“, „vor Kontrollverlust“⁵³⁹, „vor alleingelassen werden“⁵⁴⁰ und „vor dem Geburtsvorgang“.

Die Ängste der Frauen spielen außerdem sowohl als Symptom des „Blues“⁵⁴¹ und der Postpartum-Depression⁵⁴² als auch als Erklärung für die „Befindlichkeitsstörungen“⁵⁴³ in der Literatur eine große Rolle. Köglberger (2000/1) sieht die Rolle der Angst gar in der *Verhinderung* von dysphorischer Symptomatik, weil die Frauen eine Stigmatisierung durch Label wie „Wochenbettdepression“ und „Babyblues“ befürchten. Thalassinós (1988) verbindet Ängstlichkeit und Depressivität vor der Geburt mit der entsprechenden Symptomatik nach der Geburt und schlägt die Brücke zum vermehrten Auftreten von Problemen wie Stillschwierigkeiten und weiteren Problemen im Umgang mit dem Neugeborenen.

⁵³⁴ Vgl. auch Fox (1999)

⁵³⁵ Schindele (1997) schreibt dazu, dass Unvorhergesehenes für Menschen grundsätzlich „Angst-aktivierend“ wirkt.

⁵³⁶ Hartung/Hartung (1997), Thalassinós (1988), bei Glangeaud-Freudenthal (1999) korreliert nur die *state anxiety*, also die situationsgebundene Ängstlichkeit, nicht aber die *trait anxiety* (Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal).

⁵³⁷ Z.B. O'Hara (1987) Knight (1987), Kennerly (1989) und Beck (1992) führen Ängstlichkeit in der Schwangerschaft als Prädiktor für die PPD auf. Die konkrete Angst vor den Wehen oder der Geburt an sich wird öfters als einzelner Prädiktor aufgeführt.

⁵³⁸ Bergant (1998), er verwendete den EPDS im *frühen* Wochenbett

⁵³⁹ Diese spezielle Angst wird einer überwältigenden Vielzahl unterschiedlichster Arbeiten erwähnt, aber - vermutlich aufgrund der Komplexität dieses Themas - eher selten kritisch diskutiert. Es gibt aber auch Arbeiten, die hierin den maßgeblichen Entstehungsfaktor für „Befindlichkeitsstörungen“ und Depressivität sehen (vgl. z.B. Nicolson; 1998 und 1999, Romito 1990, Kneuper (2004/5) und andere)

⁵⁴⁰ Das „Gefühl der Verlassenheit der Frauen“ hält er generell für stark unterschätzt, er unterstreicht die Korrelation von Einsamkeit vor der Geburt mit der Angst vor der Geburt, aber auch die fehlende Korrelation von Angst und realer Belastung durch die Geburt - wobei unklar bleibt, wie dieses Item erhoben worden war.

⁵⁴¹ Lanczik (1994) bezeichnet die Ängstlichkeit noch vor Schlafstörungen und Dysphorie als „Kardinalsymptom“ des „BB“. Brockington (1996) beschreibt gar eine *puerperal panic* mit Symptomen wie Hyperventilation, „Putzwahn“, Panikattacken und allen möglichen Ängsten.

⁵⁴² Köglberger (2000/1) wertet die „übertriebene“ Ängstlichkeit in Bezug auf das Baby als PPD-Symptom und zieht die Grenze zu psychotischer Symptomatik bei der Angst der Wöchnerin, „sich oder das Baby zu verletzen“, fordert allerdings eine genaue diagnostische Abgrenzung zur postpartalen Angststörung.

⁵⁴³ Z.B. Thalassinós (1988): In seiner Arbeit korrelierte die Angst in der Schwangerschaft signifikant mit medikamentöser Geburtseinleitung, Schwierigkeiten im dritten Wehenstadium und einem erniedrigten kindlichen Apgar-Wert sowie Stillproblemen und „Blues“.

Insgesamt erscheint unklar, ob die Ängstlichkeit als neurotische Komponente im klassischen Sinne zur Ätiologie beiträgt oder gar die notwendige Grundlage für die Entstehung solcher „Störungen“ darstellt, oder aber einen schwer oder gänzlich nicht einzuordnender Faktor darstellt, bedingt durch und in Wechselwirkung stehend mit gesellschaftlich und kulturell gewachsenen Strukturen und Diskursen.

2.4.11. Hypothesengruppe XI – Prämenstruelles Syndrom

Die Definition des „Prämenstruellen Syndroms“ beinhaltet die Dysphorie als ausschlaggebendes Merkmal, allgemeine Menstruationsbeschwerden an sich rechtfertigen diese Diagnose nicht⁵⁴⁴.

Überwiegend an endokrinologische Modelle anknüpfend, wurden Parallelen zwischen Befindlichkeitsstörungen in den diversen Abschnitten weiblicher Reproduktivität postuliert und untersucht, wobei etliche Autorinnen und Autoren nicht vergaßen, auf die jeweils spezielle Situation dieser oft sowohl psychisch als auch physisch als „Umbruchsituationen“⁵⁴⁵ beschriebenen biografischen Phasen im Leben einer Frau hinzuweisen. Obwohl keine unterschiedlichen Hormonspiegel bei Frauen mit oder ohne PMS nachgewiesen werden konnten⁵⁴⁶, wurden „Befindlichkeitsstörungen“ post partum und prämenstruell unter dem Begriff „endokrinologische Dysphorien“ zusammengefasst, nach Brockington besteht ein Zusammenhang zwischen Postpartum-Psychosen und dem PMS. Bereits Nott (1976) und Kennerly (1989) fanden statistische Zusammenhänge zwischen – retrospektiv erhobenem - PMS und dem „Blues“ im frühen Wochenbett. In weiteren Arbeiten gilt das PMS als „Risikofaktor“ für eine spätere Postpartum-Depression⁵⁴⁷.

Die Prävalenz der „Befindlichkeitsstörungen“ scheint post partum, prämenstruell und auch in der Menarche durchaus vergleichbar zu sein⁵⁴⁸.

Es gibt auch Arbeiten, in denen dieses Phänomen des Auftretens in diversen Phasen der weiblichen Reproduktivität auf die „mythologisch“ bedingte Verunsicherung der Frauen bezüglich ihrer Wahrnehmung und Einordnung derselben zurückgeführt wird⁵⁴⁹.

⁵⁴⁴ Hartung/Hartung (1997) fanden sogar eine negative Korrelation zwischen dem Auftreten des „Blues“ und allgemeinen Menstruationsbeschwerden.

⁵⁴⁵ Z. B. Lanczik (1994) zählt wie auch Gitlin (1991) Pubertät, Prämenstruum, Gravidität, Puerperium und Klimakterium als Beispiele auf. Seiner Meinung nach verlaufen „Befindlichkeitsstörungen“ und Psychosen in diesen spezifischen Situationen benigne bzw. im Fall der Psychosen atypisch und mit besserer Prognose. Er verweist auf weitere spezifische Situationen, in denen ebenfalls ähnliche Beobachtungen gemacht worden seien, darunter medikamentöse und chirurgische Interventionen, Abruptio oder hormonelle Kontrazeption.

⁵⁴⁶ nach Lanczik (1994) und Brockington (nach Lanczik, 1994) persistierte bei Frauen mit PMS die Symptomatik selbst nach Hysterektomie.

⁵⁴⁷ z. B. O'Hara (1991), Merritt (2001)

⁵⁴⁸ Parry (1993) fand bis zu 80% und ergänzt, dass sich die Dysphorien aber oft auch nach der Menopause und trotz Hormontherapie fortsetzten. Dalton (1971) fand für die prämenstruelle Depressivität eine Prävalenz von lediglich 7%, was ihn jedoch nicht davon abhielt, den endokrin-ätiologischen Zusammenhang weiter zu vertreten.

2.4.12. Hypothesengruppe XII – Bildung und Berufstätigkeit, sozioökonomischer Status

Bildung, Berufstätigkeit – sowohl als Existenzsicherung als auch als Pfeiler des individuellen Selbstverständnisses bzw. Werdegangs - und Befindlichkeit gehen auch aufgrund ihrer sozialen Bedeutung weit über Schwangerschaft und Wochenbett hinaus eine bedeutsame Verbindung ein. Umso mehr können die verschiedensten Aspekte dieses Themenkreises in einer derart speziellen Situation wie der postpartalen Zeit Einfluss ausüben.

Für Mütter bedeutet die Vereinbarkeit von ökonomischen Zwängen, eigenen Ambitionen und dem psychischen und physischen Wohl ihrer Familie offensichtlich eine ungeheure integrative Herausforderung. Studienergebnisse weisen diesbezüglich immense Streubreiten auf: „Nur-Hausfrauen“ gelten im ersten Jahr nach der Geburt ihres Kindes generell als unzufriedener⁵⁵⁰, es werden aber auch Dysphorien und Schuldgefühle bei Müttern beschrieben, die nach kurzer Zeit wieder arbeiten „sollen“⁵⁵¹. Unbestritten wirkt sich ökonomischer Druck negativ auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen aus⁵⁵².

Eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren befasst sich mit der sprichwörtlich gewordenen „Doppelbelastung“ der berufstätigen Mütter und analysiert im Zusammenhang mit dieser gesellschaftlichen Entwicklung sowohl die soziale und ökonomische Diskriminierung weiblicher Arbeitsleistung⁵⁵³, als auch die deutliche ökonomische Abhängigkeit der Frau als Mutter von Partner, Familie und Staat. Als negative Folgen für die psychische Verfassung der Frauen werden ein konflikthafte Erleben der unterschiedlichen Ansprüche an die „Frau und Mutter“ von Familienbedürfnissen und Berufstätigkeit genannt. Depressive und ängstliche Symptomatik seien die Folgen dieser als unvereinbar erlebten Ansprüche⁵⁵⁴. Kritische Arbeiten gehen noch weiter und ordnen diesen Konflikt wiederum in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge in Bezug auf die weibliche Sozialisation und ihre „Symptomatik“ ein⁵⁵⁵, der auch berufli-

⁵⁴⁹ U.a. Nicolson (1998 und 1999), Romito (1990): Beklagt wird die Beobachtung, dass gerade von der Forschung *zyklische psychische Störungen* und *der weibliche Zyklus* begrifflich und damit auch inhaltlich zu sehr in gegenseitige Nähe gerückt wurden.

⁵⁵⁰ Kelloway (1998), Oakley (1981); Romito (1990) fand dieses Phänomen auch bei „Nicht-Müttern“.

⁵⁵¹ Fleming (1990); Kneuper (2004/5) stellt die gesellschaftlichen und sozialen Prämissen von Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kindern berufstätiger Mütter zur Diskussion. Vergleichbare Untersuchungen an Vätern erschienen „natürlich“ unsinnig, da mit deren Berufstätigkeit niemand die seelische und geistige Gesundheit ihrer Kinder in Verbindung bringe. Ebenso vermutet sie, dass sich noch kein Mann beim Einstellungsgespräch betreffs des Wohles der zu betreuenden Familie rechtfertigen musste. Im Gegenteil bedeutete männliche Sozialisation, die meist als extern stattfindend begriffene „Ernährerfunktion“ auszufüllen. Dieses Rollenmuster scheinen auch zeitgemäßen ökonomischen Erfordernissen standzuhalten und tragen auf diese Weise zur Verschärfung derselben bei.

⁵⁵² Hartung/Hartung (1997), Romito (1990), Fleming (1990)

⁵⁵³ Mental Health Net (1996), Chalmers/Chalmers (1986); Kneuper (2004/5), Buck (1993) und Nicolson (1998 und 1999) erläutern ausführlich, dass und wie dies Frauen sowohl als potentielle wie auch reale Mütter widerfährt.

⁵⁵⁴ U.a. Kelloway (1998), Romito (1990 und 1999), Mental Health Net (1996)

⁵⁵⁵ Z. B. Nicolson (1998 und 1999)

che Identitätsverlust der modernen Frau stellt für diese Autorinnen und Autoren den noch gewichtigeren Faktor bei der Entstehung von Depressivität und Befindlichkeitsstörungen dar⁵⁵⁶. Gjerdingen konnte 1991 für Kaiserschnitt-entbundene Frauen belegen, dass sie im Mittel mehr Schwierigkeiten hatten, im Beruf wieder Fuß zu fassen, als spontan-vaginal Entbundene⁵⁵⁷.

Pragmatisch ausgerichtete Studien befassen sich mit den konkreten arbeitsmarktpolitischen Verhältnissen: Es konnte nachgewiesen werden, dass ein hohes Maß an Unflexibilität in der Arbeitsplatzgestaltung und der Arbeitszeitmodelle weniger auf Seiten der Mütter, sondern der Arbeitgeber zu suchen war. Am meisten profitierte die Befindlichkeit der Frauen von einem erhöhten Maß an selbstverantwortlichem Zeitmanagement⁵⁵⁸.

Bergant (1998) erwähnt die Unzufriedenheit der Frauen in Bezug auf ihre Berufstätigkeit als signifikanten, gleichsinnigen Einflussfaktor auf den „Babyblues“.

Arbeitslosigkeit und berufliche Instabilität identifizierten etliche Arbeiten als Prädiktor der Postpartum-Depressionen⁵⁵⁹, wobei die doch sehr vielseitigen Aspekte von Berufstätigkeit als persönlicher Entwicklungsfaktor bis hin zu den eher ökonomisch-existenziellen Aspekten meist nur undeutlich differenziert erfasst und dargestellt wurden.

Interessanterweise scheinen Frauen und Mütter – im Gegensatz zu Männern und Vätern - ihren persönlichen Erfolg nicht hauptsächlich am Berufsleben festzumachen, sondern *zusätzlich* zu dem als noch bedeutsamer erachteten „erfolgreichen privatem Idyll“, strikt auf Wohnsituation und Partner bzw. Familie bezogen, anzustreben.

Der Bildungsgrad an sich scheint sich nicht unmittelbar auf die postpartale Befindlichkeit auszuwirken⁵⁶⁰.

2.4.13. Hypothesengruppe XIII - Soziodemografie

Die Literatur zu dieser Hypothesengruppe wurde bereits weitestgehend unter anderen Gesichtspunkten, vor allem aber im Abschnitt über Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für „Baby-Blues“ und Postpartum-Depressionen vorgestellt, sofern sie sich nicht unter einer spezielleren Fragestellung abgehandelt worden war⁵⁶¹.

Nachfolgend seien ergänzend noch einmal folgende Aspekte herausgegriffen:

⁵⁵⁶ Schon 1969 äußerte eine von Yalom befragte Mutter diesen wahrgenommenen Identitätsverlust als Berufsausübende (Lehrerin).

⁵⁵⁷ Ebenfalls mehr Schwierigkeiten schienen „kranke“ und „stillende Mütter“ zu haben.

⁵⁵⁸ Kelloway (1998)

⁵⁵⁹ Glangeaud-Freudenthal (1999), Bernazziani (1997), Köglberger (2000/1)

⁵⁶⁰ Hartung/Hartung (1997)

⁵⁶¹ Z.B. Familienstand unter der Hypothesengruppe „Partnerschaft“ (VII), Fehl-/Totgeburten und Apruptiones unter den Hypothesengruppe „dieser Geburt vorausgegangene Schwangerschaften“ (IX).

Zum Alter der Mütter konnten die meisten Arbeiten keinen Bezug zu „Baby-Blues“ oder Postpartum-Depressionen feststellen⁵⁶², andere lediglich einen widersprüchlichen⁵⁶³. Bei Knight (1987) beurteilten „ältere“ Mütter die Geburt im Schnitt positiver als die „Jüngeren“. Bezüglich der Sectio-Häufigkeit konnte überwiegend ein positiver Zusammenhang zum Alter der Mutter hergestellt werden⁵⁶⁴.

Multiparae gelten gemeinhin als „organisierter“ bezüglich der neuen Situation mit einem weiteren Kind⁵⁶⁵. Unter anderem diesem Umstand wurde in einigen Arbeiten das oft beobachtete vermehrte Auftreten von Befindlichkeitsstörungen vor allem bei Primiparae zugeschrieben⁵⁶⁶. Es gibt jedoch einige Arbeiten; die dies nicht verifizieren konnten⁵⁶⁷.

Die Mehrlingsgeburt wurde in den Studiendesigns zur postpartalen Befindlichkeit überwiegend als „Ausnahme“ ausgeschlossen, ebenso wie Sterilitätsbehandlungen. Zu letzteren findet sich speziell bezüglich „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression derzeit noch kaum eigene Literatur. Die Mehrlingsgeburten gelten in manchen Arbeiten als positiver Prädiktor für „Befindlichkeitsstörungen“ der Mutter, unter anderem auch aufgrund der dadurch bedingten, deutlich erhöhten Anforderungen an die Mütter. Bezüglich „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression sind die Anzahl der insgesamt zu versorgenden Kinder im Haushalt einer Wöchnerin und der damit zu vermutenden steigenden psychischen und physischen Belastung bisher nicht eigens untersucht.

Ein erniedrigter sozioökonomischer Status scheint sich grundsätzlich negativ auf die psychische Befindlichkeit der Wöchnerinnen auszuwirken⁵⁶⁸.

Vermutet Köglberger (2000/1) ein nicht genauer erläutertes „spirituelles Defizit“ als mögliche Ursache der Postpartum-Depression, so erläutert Kneuper (2004/5) die Bedeutung der Religiosität als „Ort für Rituale und Orthopraxie“. In ihrer speziellen Bedeutung und Auswirkung setzt sie die biomedizinischen mit den religiösen „Ritualen“ gleich⁵⁶⁹. Es existieren keine Arbeiten über Zusammenhänge zwischen Religiosität und Wochenbettdepression oder „Baby-blues“, jedoch wird vermutet, dass religiöse Menschen aufgrund der psychischen Struktur-

⁵⁶² Z.B. Köglberger (2000/1)

⁵⁶³ Vgl. Abschnitt „Prädiktoren“, Kap. 2.3.3.1.

⁵⁶⁴ U.a. Sakala (1993), Bornemann (1989); Schücking (2004) konnte dies in neueren Zahlen speziell für Deutschland *nicht* belegen.

⁵⁶⁵ U.a. Kneuper (2004/5)

⁵⁶⁶ Z.B. Riecher-Rössler (1997), Steiner (1995), Hartung/Hartung (1997), vgl. dazu auch den Abschnitt „Prädiktoren“, Kap. 2.3.3.1.

⁵⁶⁷ U.a. Herz (1997) nach Köglberger (2000/1)

⁵⁶⁸ Z.B. O'Hara 1996), Bergeant (1998), Köglberger (2000/1). Berufstätigkeit und Ausbildung der Frauen bilden eine eigen Hypothesengruppe (XII).

⁵⁶⁹ Beiden gemeinsam sei ein gewisser „Wahrheitsanspruch“, der in der Biomedizin nicht mehr wahrgenommen werde, weil er sich bereits umfassend durchgesetzt habe. Die „Aura von Faktizität“ im biomedizinischen Konzept identifizierte und analysierte sie als soziales Konstrukt.

hilfen in Form von Ritualen oder der erlebten Gemeinschaft mit anderen Glaubenden weniger vulnerabel gegenüber Einflussfaktoren ihrer psychischen Verfassung sein könnten⁵⁷⁰.

⁵⁷⁰ Köglberger (2000/1) nahm im Vergleich zum gesellschaftlichen Kontext „radikal“ wirkende Formen von Religiosität aus.

3. Empirische Untersuchung

3.1. Fragestellung

3.1.1. „Münchener Postpartum Studie“

Innerhalb der Arbeitsgruppe um Wulf Schiefenhövel (MPI Andechs) und Gerhard Dammann (Psychiatrische Dienste Thurgau, Klinik Münsterlingen) wurde zunächst eine retrospektive schriftliche Befragung zur Befindlichkeit im Wochenbett an 1000 Müttern, die drei bis sechs Monate zuvor an zwei Münchener Frauenkliniken entbunden hatten, durchgeführt⁵⁷¹.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Vorstudie wurde eine prospektive Untersuchung an mehreren genauer eingegrenzten Kollektiven geplant, die sich durch den Geburtsmodus und/oder ihre Ethnie unterscheiden sollten. Dazu wurden ein eigenes semistrukturiertes Interview für die persönliche Befragung im frühen Wochenbett sowie ein schriftlicher Fragebogen zur postalischen Nacherhebung nach ca. sechs Wochen entwickelt. Neben der Integration vorhandener standardisierter Instrumente erschien eine ausführliche Symptomerfassung unerlässlich, da der Rahmen der Studie auf den Vergleich interkultureller Subgruppen auch im Ausland, speziell im nicht-europäischen, ausgeweitet wurde. So ergab sich ein sehr ausführlicher Fragenkatalog zu verschiedenen Themenbereichen⁵⁷². Im Falle der Befragung nicht-deutscher Mütter wurde dem Fragenkatalog ein offenes Interview zum traditionellen Wochenbettverlauf in der jeweiligen Kultur angeschlossen.

Zunächst wurden an vier Münchener Frauenkliniken⁵⁷³, deren Schwerpunkte zwischen „hochtechnisierter“ und „sanfter“ Geburtshilfe⁵⁷⁴ variierten, verschiedene Gruppen von Müttern interviewt. Befragt wurden nebst den ausschließlich schnittentbundnen Frauen100 deutsche Frauen nach vaginaler Geburt und Sectio Caesarea (Ackermann)⁵⁷⁵, 50 Migrantinnen aus der Türkei/Kurdistan (Delius 2004) und im Münchener Umland 40 Frauen nach Hausgeburten (Winkler).

Im Ausland gibt es weitere Gruppen, die derzeit mit den gleichen Fragebögen erfasst werden und zum Teil ebenfalls schon abgeschlossen und ausgewertet sind: Brixen/Südtirol (Complojer), Sterzing/Südtirol (Wanker), Glan/Österreich (Ahrer), Rumänien (Strungaru), Kolumbien (Pastrana), Bolivien (von Sarnowski), Japan (Matsuoka), Ethnie der Bhil/Zentralindien (La-

⁵⁷¹ Strobl, Christian 2003, Dissertation

⁵⁷² Siehe Anhang

⁵⁷³ Frauenklinik Rechts der Isar, TU München; Frauenklinik Maistrasse, LMU München; Frauenklinik am städtischen Krankenhaus München-Neuperlach und Frauenklinik am Kreiskrankenhaus Starnberg

⁵⁷⁴ Es handelt sich bei diesen Begriffen um keine von uns standardisierten und evaluierten Begriffe, sondern um Schlagwörter, die die Häuser zur Eigenbeschreibung, u.a. in ihren Prospekten für werdende Mütter verwenden

⁵⁷⁵ Die Daten aus diesem Kollektiv dienen den anderen Kollektiven (z.B. dem in der vorliegenden Arbeit vorgestellten) als Vergleichsgruppe

ner) und Wewak/Papua-Neuguinea (Fellacher)⁵⁷⁶. Eine Arbeit (Schlöglhofer) befasste sich mit der postpartalen Befindlichkeit von Vätern

Der hier vorgestellte Teil der Studie behandelt die Befragung von 82 Frauen nach der Entbindung durch Sectio Caesarea im Münchener Universitätsklinikum Großhadern.

3.1.2. Untersuchungsziele

In einer vergleichenden Untersuchung wurde die Befindlichkeit im frühen (Tag 3 bis 5) und gegen Ende des späten (ca. 6 Wochen post partum) Wochenbettes in den verschiedenen Subgruppen erhoben⁵⁷⁷. Der Einfluss verschiedenster Variablen auf die Befindlichkeit und Stimmung der Frauen und etwaige Störungen sollte überprüft werden, kulturspezifische Variablen wurden ebenfalls untersucht.

Die vorliegende Arbeit untersucht und bewertet die spezielle Situation von Kaiserschnitt-entbundenen Frauen im Spannungsfeld von psychiatrischer Konzeptualisierung affektiver Störungen - im Sinne der klinisch verwendeten Diagnoseschemata ICD-10 und DSM-IV- über die verschiedensten derzeit beforschten Erklärungsmodelle bis hin zur aktuellen geistes- und gesellschaftswissenschaftlichen Diskussion.

Die Analyse bestehender biomedizinischer und anderer ätiologischer Konzepte war die Voraussetzung, da die von uns gestellten Fragen schon vielfach unter verschiedensten Bedingungen und Ansätzen gestellt worden waren, und dennoch in der wissenschaftlichen Literatur die Uneinigkeit in den wichtigsten Fragen zum Thema vorherrscht⁵⁷⁸.

Da die zentrale Bedeutung des Wochenbettes in allen kulturell so verschieden entwickelten menschlichen Gesellschaften als unbestreitbar gilt⁵⁷⁹, kann diese Uneinigkeit nur schwer akzeptiert werden und hat deshalb Anlass zu erweiterter, umfassender und kritischer Forschung zu sein.

3.1.3. Definition der zu untersuchenden „affektiven Störungen“:

In der Literaturanalyse⁵⁸⁰ zu den affektiven Störungen im Wochenbett konnte gezeigt werden, dass aktuell keine einheitlichen Definitionen existieren. Unser Ziel war es auch, durch die besondere Ausführlichkeit unserer Befragung, aufbauend auf eine sorgfältige Literatur-

⁵⁷⁶ Die Daten der jeweiligen AutorInnen sind bisher erst zum Teil veröffentlicht, es handelt sich zum Großteil um Dissertationen. Eine gemeinsame Publikation (Dammann et al.) ist in Planung

⁵⁷⁷ Elliott (1999) spricht sich für neue Multicenter-Studien aus, die er für geeigneter hält als Metaanalysen aus bereits durchgeführten Arbeiten, die sich durch stark differierende Designs und Methodik unterscheiden und damit schwierig untereinander zu vergleichen seien.

⁵⁷⁸ Siehe Kap. 2.3.1.1.bis 2.3.1.3.

⁵⁷⁹ z.B. Schiefenhövel (1995 und 2007)

⁵⁸⁰ Siehe Kap. 2.3.3.

analyse, zu einer präziseren Erfassung dieser je nach dem Grad ihrer Ausprägung seit jeher als „Störung“ eingeordneten psychischen Phänomene von Wöchnerinnen beizutragen:

Welche Symptomatik charakterisiert den „Blues“, welche die „Postpartum-Depression“?

Besteht ein Zusammenhang zwischen frühen und späteren Befindlichkeits- oder gar psychiatrischen Störungen im Wochenbett, und wenn ja, worin besteht er möglicherweise – sprich: sind „Blues“, „Depression“ und „Psychose“ voneinander unabhängige Phänomene oder Abstufungen ein und derselben Entität?

3.1.4. Überprüfung von verschiedensten Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen

Wichtige Hypothesen der Entstehung und Beeinflussung der Wochenbett-„Störungen“, die auch in der bereits erwähnten Literatur beschrieben sind, werden anhand der empirischen Datenerhebung in näher bezeichneten Kollektiven überprüft. Die Reihenfolge der Auflistung entspricht keiner Gewichtung. Die Formulierung entspricht jeweils unserer Nullhypothese.

*2.I. Die zunehmende **Medikalisierung** der Geburt im industrialisierten Kulturkreis hat kulturell ältere Betreuungs- und Begleitungsmodelle - unter anderem die Tradition der **Seklusion** - verdrängt. Da auch im mitteleuropäischen Raum die Entbindung im vertrauten sozialen Umfeld üblich war und sich dies erst Mitte des vergangenen Jahrhunderts gravierend zu verändern begannen, postulieren wir einen negativen Einfluss dieser Veränderungen auf die Befindlichkeit der entbindenden Frauen. Insbesondere Frauen, die mittels Sectio Caesarea entbinden, könnten unserer Meinung nach besonders betroffen sein.*

*2.II. Verschiedene Arbeiten messen dem möglichst ungestörten **Körperkontakt** von Mutter und Neugeborenem große Bedeutung zu. Wir untersuchen diesen Bezug und gehen davon aus, dass jede Störung dieses wichtigen Kontaktes das Befinden der Mutter ungünstig beeinflusst.*

*2.III. Das **Stillen** ist ein physiologischer Prozess. Jede Beeinträchtigung dieser evolutionsgenetisch erfolgreichen „Ernährungsbeziehung“ hat demzufolge Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beteiligten. In unsere Untersuchung wird nur die Mutter einbezogen.*

2.IV. Abgesehen von der Seklusion während der Geburt⁵⁸¹ beinhaltet dieser Begriff für den mitteleuropäischen Kulturkreis auch einen besonderen Zeitraum nach der Entbindung, das weitläufig bekannte „**Wochenbett**“, das in der modernen Geburtshilfe als „Frühes Wochenbett“ - Tag 1 bis Tag 7 post partum - bezeichnet wird. Speziell bei Kaiserschnitt-Entbundenen trifft dieser Zeitraum mit dem stationären Aufenthalt und der OP-Nachsorge bei „Zustand nach Sectio“ zusammen. Unserer Meinung nach wird die Befindlichkeit der Frauen dadurch nachhaltig beeinträchtigt.

2.V. Gerade in einem „Kaiserschnitt-Kollektiv“ ist ein Klientel vorselektiert, in dem eher gesundheitliche oder diverse andere Probleme mit dem **Kind** auftreten. Es erscheint plausibel, dass die psychische Stabilität der Mutter davon eher negativ beeinflusst wird.

2.VI. Mangelnde **Unterstützung** der Frauen in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von „Befindlichkeitsstörungen“.

2.VII. Gesondert untersuchen wir den Einfluss des **Partners**. Unzufriedenheit in der Partnerschaft oder mit einzelnen Aspekten der Partnerschaft beeinträchtigt die Mütter in dieser sensiblen Phase von Geburt und Wochenbett besonders.

2.VIII. Eine auffällige **psychiatrische Eigen- und/oder Familienanamnese** ist ein Prädiktor für „Blues“ und/oder „Postpartum-Depression/Psychose“.

2.IX. Erstschwangerschaft/-mutterschaft, ungewollte **Schwangerschaft**, vorausgegangene Fehl-/Totgeburten/Apruptiones, Sterilitätsbehandlungen und andere, auch mentale und emotinelle Schwangerschaftsprobleme bzw. Komplikationen machen das Auftreten von „Befindlichkeitsstörungen“ im Wochenbett wahrscheinlicher.

2.X. Frauen, die sich selbst als eher **ängstlich** einschätzen, neigen - gerade in der Übergangssituation von Geburt und Wochenbett – eher zu „Blues“ und/oder „Postpartum-Depression/Psychose“.

2.XI. Das „**Prämenstruelle Syndrom**“ (PMS) stellt einen Prädiktor für „Blues“ und/oder „Postpartum-Depression/Psychose“ dar.

⁵⁸¹ Hypothesengruppe 2.I.

*2.XII. Bildung und/oder **Berufstätigkeit** haben einen Einfluss auf das Auftreten der von uns untersuchten „Befindlichkeitsstörungen“. Wir gehen davon aus, dass niedrigerer Bildungsstand und/oder jeglicher Druck, der speziell vom Berufsleben b.z.w. der finanziellen Existenzsicherung über die mütterliche Berufstätigkeit ausgehen könnte, die Befindlichkeit der Mütter in dieser speziellen Situation mit dem neuen Kind besonders belastet.*

*2.XIII. Diverse **soziodemografische Daten** wie Alter der Mütter, Familienstand oder Kinderanzahl im Haushalt wurden zusätzlich zu den bereits im speziellen genannten erhoben, um mögliche verstärkende oder auslösende Faktoren zu identifizieren oder auszuschließen*

3.2. Methoden und Durchführung der Befragung

3.2.1. Kollektiv „Sectio-Patientinnen“⁵⁸²

Im Universitätsklinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München wurden im Zeitraum von November 1998 bis November 1999 insgesamt 82 Wöchnerinnen befragt. Einschlusskriterien waren die Entbindung mittels primärer oder sekundärer Sectio Caesarea⁵⁸³, ausgeschlossen wurden türkisch/kurdische Frauen, da diese in einem anderen Kollektiv⁵⁸⁴ im Rahmen derselben Studie erfasst wurden, ferner Frauen, deren deutsche Sprachkenntnisse nicht ausreichend waren, sowie nach Abschluss der Datenerhebung eine Mutter, deren Kind 9 Wochen p.p. verstorben war. Absichtlich nicht ausgeschlossen wurden diverse Einflußgrößen wie kranke /behindert geborene Kinder⁵⁸⁵, Komplikationen der Mutter⁵⁸⁶, Mehrlinge, Fruchtbarkeitsbehandlung und Frühgeburt, da wir diese Items zu erfassen und bewerten versuchten⁵⁸⁷. Die Aussagen der quantitativen Ergebnisse werden dadurch zum Teil einge-

⁵⁸² Schon aufgrund der Entbindungsart werden Kaiserschnitt-Wöchnerinnen allgemein meistens als „Patientinnen“ angesprochen. Dies entspricht hinsichtlich der erlittenen Operation auch den Tatsachen. In meiner Wortwahl möchte ich den Begriff aus Gründen vermeiden, die im weiteren Verlauf noch erläutert werden sollen. An dieser Stelle steht der Begriff jedoch bewusst, da sich medizinische Arbeiten normalerweise grundsätzlich mit „Patienten“ und „Patientinnen“ auseinandersetzen.

⁵⁸³ Wenige Studien gehen explizit auf die besondere Situation von Kaiserschnitt-entbundenen Müttern in Bezug auf die Wochenbettbefindlichkeit ein (z.B. Pitt, 1973, Kendell et al., 1981, Condon/Watson, 1987, Kennerly/Gath 1989) geschweige denn machen diese zum zentralen Gegenstand ihrer Untersuchungen.

⁵⁸⁴ Delius (2004)

⁵⁸⁵ Dies ist in vielen Studien ein Ausschlusskriterium unter der Annahme, dass dies die Befindlichkeit sehr stark beeinflusst und dadurch eine Erforschung anderer Faktoren erschwert (u.a. Glangeaud-Freudenthal, 1999,

⁵⁸⁶ Definitionsgemäß zählen Sectio-Indikationen wie Geburtsstillstand etc. auch zu den Komplikationen, die Sectio als solche ist jedoch unser notwendiges Einschlusskriterium, deshalb sind an dieser Stelle ALLE möglichen Komplikationen bei der Geburt und um die Geburt herum bezeichnet.

⁵⁸⁷ In vielen Studien zur Wochenbettbefindlichkeit werden Sectio-entbundene Frauen per se ausgeschlossen (z.B. Troy 1997), zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass diese damit in der Befindlichkeitsforschung unterrepräsentiert seien (Glangeaud-Freudenthal, 1999, Lanczik, 1994). Andere Studien schließen

schränkt zugunsten der Ausführlichkeit der Erfassung jeder einzelnen Wöchnerin und damit der qualitativen Erkenntnisebene, die in der Erforschung und der Bewertung von „Befindlichkeit“ zusehends Bedeutung erlangt⁵⁸⁸, weil die komplexe, konfliktreiche und widersprüchliche Thematik alleine durch statistische Quantifizierung nicht ausreichend aufgeschlüsselt werden kann. Bewußt werteten wir in unserer Arbeit die Subjektivität auf - in der quantifizierenden Forschung meist eher als eine unerwünschte „Aufweichung“ ihrer scheinbar objektiveren Fakten gesehen - die anstelle eines möglichst monokausalen Einflusses der Größe A auf die Variable B die Interaktion von Größe A und Variable B zu beschreiben versucht⁵⁸⁹. Auch Cox bezieht im Laufe seiner Arbeiten zunehmend Stellung zur Problematik der monokausalen Forschungsansätze speziell in Bezug auf die „Wochenbettstörungen“ und fordert eine Aufwertung der qualitativen Forschung auf diesem Gebiet⁵⁹⁰.

Die Wöchnerinnen wurden durch die Untersucherin selbst nach Sichtung der Akten ausgewählt bzw. persönlich angesprochen und informiert, wobei sich die Vorinformation auf das

„problematische“ Geburtsverläufe aus, viele meinen damit aber nicht die Kaiserschnittentbindung, auch nicht die sekundäre Sectio (u.a. Knight 1987).

⁵⁸⁸ U.a. Nicolson (1998 und 1999) und Romito (1990) betonten, dass subjektive Erfahrung keine Aneinanderreihung von getrennt bewertbaren und beliebig quantifizierbaren Einzelereignissen sei, sondern als „psychische Realität“ das Konzept einer vollständigen „Persönlichkeit“ zeichne. Verschiedene Forschungsansätze seien gerechtfertigt, weil „Praktiker und Wissenschaftler wissen müssen, wie Depression einerseits gemessen werden kann, aber auch andererseits, wie sie sich *anfühlt*.“ Aufgrund dieses Bewusstseins der Unvollständigkeit der medizinischen Forschung war bereits der Arzt Victor von Weizsäcker (1886-1957) für die „Zulassung des Subjektiven, Innerlichen der Person und des Geistes“ eingetreten. Heute gilt er nach Hoffmann (2006) mit seiner Forderung nach der Einbeziehung der Biografie eines Menschen „zum besseren Verständnis des Kranken und der Erkrankung“ als „Vater“ der mittlerweile breit etablierten psychosomatischen Medizin. Noch weiter geht Weiner (nach Hoffmann 2006) mit seinen Ausführungen zur „fatalen Tendenz der modernen Medizin zum Reduktionismus“: Er betont das „problematische Bedürfnis“ in der modernen Wissenschaft, sich immer mit der scheinbar einfachsten, schlüssigsten, objektivierbarsten Erklärung zufrieden zu geben, um der Komplexität eines Problems entgehen zu können. Kneuper (2004/5) erklärt die Notwendigkeit der Interpretation sämtlicher Forschung aus der asymmetrischen Anthropologie des westlichen Selbstkonzeptes, dem sie Hegemonialität in Bezug auf sämtliche abweichenden Konzepte von der menschlichen Persönlichkeit zuschreibt: Da die Wissenschaftler Teil ihrer eigenen Sozialstruktur, ihrer eigenen Kultur seien, könnten sie ihre Ergebnisse auch nur innerhalb dieses Weltbildes deuten, also per definitionem nicht objektiv und unabhängig forschen. Nach Nicolson (1998) besteht die Aufgabe beispielsweise der befragten Wöchnerinnen darin, sich zu reflektieren und darüber zu sprechen, der Untersuchenden aber, zwischen diesen Antworten und Beobachtungen und dem professionellen Diskurs über die Befindlichkeitsstörungen Verbindungen herzustellen. Die „Meinung“ basiert für sie auf dem, was Individuen als „Wissen“ bezeichnen, welche Erfahrungen sie aufgrund dieses „Wissens“ machen und wie sie dies alles in ihre Biografie integrieren: „Ich fühle mich depressiv“ heißt für das Individuum, das diesen Satz ausspricht: „Ich fühle mich so, wie ich meine, dass sich Depression anfühlt.“ Nicolson beschreibt qualitative Forschung als dynamischen, sozialen „Lern“-Prozeß und negiert die Existenz wertfreien „Wissens“ und damit auch wertfreier Forschung überhaupt. Die scheinbare Objektivität in der Erkenntnisgewinnung schafft im Zuge des wissenschaftlich-medizinischen Diskurses gesellschaftliche Normen und autorisiert bestimmte Eingriffe in menschliche „Objekte“, womit die Autorin die Brücke zum Themengebiet Medikalisierung schlägt. Die Reproduzierbarkeit qualitativer Forschung beurteilt sie ähnlich kritisch wie die der „klassischen“ quantitativen Forschung: Tatsächliche wissenschaftliche Validität sei sehr schwierig „herzustellen“ und kein rein statistisches Phänomen.

⁵⁸⁹ Markovich (1985) nach Nicolson (1998)

⁵⁹⁰ Cox (1999)

allernotwendigste beschränkte, um den Störfaktor „Suggestion“ möglichst gering zu halten⁵⁹¹. Nach einer Bedenkzeit von längstens einem Tag und schriftlicher Einwilligung wurde das Interview sofort durchgeführt⁵⁹². Falls dies wegen einer Zimmernachbarin oder dem Stationsbetrieb nicht ungestört möglich war, wurde das Interview im Stillzimmer oder im Arztzimmer durchgeführt, um sowohl eine gewisse Diskretion als auch größtmögliche Offenheit seitens der Wöchnerin zu ermöglichen. Vermutlich ist es auf die persönliche Herstellung des Erstkontaktes zurückzuführen, dass ca. 2/3 der angesprochenen Frauen trotz häufig anfänglich geäußelter Überforderung und Ablehnung⁵⁹³ letztendlich teilnahmen.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass unter den Frauen, die ihre Teilnahme verweigerten, gerade diejenigen waren, deren Befindlichkeit schlechter war als die durchschnittliche Befindlichkeit der befragten Wöchnerinnen und die sich nicht in der Lage sahen – eventuell nicht nur mir gegenüber –, über die sehr intimen und gerade erst eingetretenen Erlebnisse mit „Dritten“ zu sprechen⁵⁹⁴. Dies hat Auswirkungen auf die Interpretation meiner Ergebnisse in der Diskussion.

3.2.2. „Babyblues“ - Fragebogen für die Interviews im frühen Wochenbett

3.2.2.1. Standardisiertes Instrument

I. Fragebogen nach Kennerly und Gath:

Die Arbeitsgruppe um Kennerly und Gath entwickelte 1989⁵⁹⁵ anhand einer qualitativen Vorstudie einen Fragebogen mit 28 Items zur schriftlichen Selbstbefragung von Frauen im frühen Wochenbett⁵⁹⁶. Diese 28 Items sollten einmal täglich an mehreren Tagen hintereinander abgefragt werden, da sich in dieser Vorstudie eine deutliche Häufung der „Blues“-Symptomatik von Tag drei ab bis etwa Tag fünf postpartum herausstellte⁵⁹⁷. Das Konzept dieses Fragebogens beruht einerseits auf je einer dichotomen Variablen zum Vorhandensein eines Symptoms

⁵⁹¹ Nach Kneuper (2004/5) verändert die Tatsache allein, dass die Frauen befragt werden, ihre Auseinandersetzung mit ihren Erlebnissen und Gefühlen, allerdings beurteilt sie dies als verstärkenden Mechanismus mit nur geringer manipulativer Komponente.

⁵⁹² Nach Hartung und Hartung (1998) gelten retrospektive Untersuchungen im Wochenbett bis etwa zum 10. Tag p.p. als zuverlässig, auch Klitzing (1996) konnte die hohe Kontinuität elterlichen Erlebens in Bezug auf die Geburt, den Erstkontakt und die Beziehungswelt sowohl zum Kind als auch zu anderen Personen durch prä- und postpartale Untersuchungen belegen.

⁵⁹³ V.a. wegen „Zeitmangel“, „es ist doch eh schon genug los hier“, „mein Kind braucht meine Zeit dringender“, „ich bin gestern schon wegen einer anderen Studie befragt worden“. O'Hara (1990) nennt interessanterweise gleiche (und zusätzliche andere) ablehnenden Begründungen seiner Probandinnen.

⁵⁹⁴ Vgl. die ähnlich angelegte Studie von Nicolson (1998), die Autorin äußert sich in diesem Sinne ausführlich zu der hier angesprochenen Problematik. Glangaud-Freudenthal (1999) beschreibt die Probandinnen, die die Teilnahme ablehnten, als ängstlicher im Vergleich zu den Teilnehmerinnen. Außerdem waren sie öfter arbeitslos und häufiger Migrantinnen.

⁵⁹⁵ Kennerly/Gath 1989a

⁵⁹⁶ Durch Faktorenanalyse wurden aus 49 klinisch herausgearbeiteten Items 28 Cluster gebildet und diesen jeweils Symptomcharakter zuerkannt.

⁵⁹⁷ Die Autoren befragten die Frauen 12 Tage lang täglich und einmalig 12 Wochen p.p.

an dem betreffenden Tag, andererseits auf einer skalierten Erfassung der Intensität des jeweiligen Symptoms: Es konnte entweder stärker, viel stärker, schwächer, viel schwächer oder gleich wie außerhalb des Wochenbettes ausgeprägt sein.

Sowohl aus der Summe der dichotomen als auch der skalierten Variablen können jeweils Scores gebildet werden, wir arbeiteten für den Score ausschließlich mit den dichotomen Variablen. In der Literatur⁵⁹⁸ wird – zum Teil voneinander abweichend – entweder ein cut-off von ≥ 6 oder ≥ 7 angegeben. Dies erschien uns, verglichen mit dem klinischen Eindruck aus den Studientagebüchern⁵⁹⁹ aus den verschiedenen Kollektiven innerhalb unserer Studie, eher zu niedrig. Unserem klinischen Eindruck entsprach ein cut-off-Wert von ≥ 9 am ehesten, weswegen wir diesen unseren eigenen statistischen Berechnungen zugrunde legten.

Das aufwändige Design unserer Studie gestattete unter anderem aus zeitlichen Gründen keine tägliche Wiederholung der Befragungen, weswegen wir eine Abweichung von Kennerlys Konzept in Kauf nehmen mussten. Da wir jedoch nicht wie Kennerly selbst von der hormonellen Ätiologie als Hauptursache der Befindlichkeitsveränderungen im Wochenbett ausgehen, sondern von evolutionsbiologischen und gesellschaftswissenschaftlichen Zusammenhängen ausgehen, erscheint uns diese Änderung sinnvoll: In die Befragung in Form eines persönlichen Interviews wird stets mehr als die aktuelle Tagesbefindlichkeit eingehen, daher wäre es in unsrer Arbeit mit keiner zusätzlichen Erkenntnis verbunden gewesen, die Symptomatik über mehrere Tage hintereinander vergleichend abzufragen, zumal die Variablen, die wir im Interview zusätzlich erhoben, im großen und ganzen keiner gravierenden Veränderung innerhalb weniger Stunden unterliegen dürften.

In der vorliegenden Arbeit benutzte ich die Items von Kennerly mit meinen Daten außerdem dazu, mit dem hypothesengenerierenden Verfahren der **Faktorenanalyse** „Bluesfaktoren“ zu gruppieren und Zusammenhänge innerhalb der einzelnen Items aufzudecken.

3.2.2.2. *Entwicklung eigener Instrumente*

Nach der Literaturrecherche der wichtigsten Veröffentlichungen zum Thema und einer katamnестischen Vorstudie⁶⁰⁰ waren durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe zwei Fragebögen erstellt worden⁶⁰¹. Die Erfassung demografischer Daten wurde an die Basisdokumentation „Patientenfragebogen“ des Instituts und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München angelehnt. Fragen zum Schwangerschaftsverlauf entnahmen wir unter anderem dem „Structured Interview For Pregnancy

⁵⁹⁸ Kennerly/Gath 1989a und b, Kennerly/Gath/Iles 1989

⁵⁹⁹ Persönliche Eindrücke und handschriftliche Notizen fanden Eingang in Studientagebücher, die die Forscherinnen – teils sogar von Tonbandmitschnitten unterstützt – zusätzlich führten

⁶⁰⁰ Strobl (2003)

⁶⁰¹ Die Fragebögen sind im Anhang vollständig enthalten

Related Diseases“⁶⁰². Der erste Fragebogen wurde als persönliches Interview durchgeführt, der zweite als Nacherhebung in Kombination mit mehreren schon in der Literatur bekannten Instrumenten ca. sechs Wochen nach der Geburt verschickt. Der Rücklauf erfolgte überwiegend während einer Frist von bis zu vier weiteren Wochen. Gelegentlich wurde zum Ende dieser „Frist“ ein freundliches Nachfrageschreiben geschickt, das in einigen Fällen doch noch den einen oder anderen Rückläufer erbrachte.

Das Interview, das im frühen Wochenbett zur Anwendung kam, deckte in Form von semi-strukturierten Fragen (dichtome, skalierte und String-Variablen) und dem bereits erwähnten Instrument von Kennerly und Gath folgende Themengebiete ab:

Die **Geburt**: Parität, Schwangerschaftswoche, Dauer und Umstände der Geburt (auch die Rolle des jeweilig beteiligten Personals), medizinische Maßnahmen (u.a. Weheninduktion, Schmerzmedikation, parenterale/orale Medikation allgemein, Untersuchungen, diverse diagnostische und therapeutische Prozeduren) sowohl vor und während, als auch nach der Geburt. Ferner die Beurteilung dieser Items durch die Frauen selbst und deren Gefühle dazu, sowie retrospektiv deren Erwartungen vor der Geburt. Sectio-spezifisch kamen noch Fragen über den Verlauf der Indikationsstellung und Entscheidungsfindung dazu, Differenzierung primäre versus sekundäre Sectio sowie einige Fragen zur Narkose, OP-Prozedur und die Meinungen und Gefühle der Mütter hierzu.

Der **Körperkontakt mit dem Kind**: Art und Dauer des Kontaktes sowohl tagsüber als auch nachts (z.B. „bedding-in“), sowie die Gefühle der Mutter dazu, sowohl in der Phase unmittelbar nach der Geburt als auch im weiteren Verlauf des frühen Wochenbettes.

Das **Neugeborene**: medizinische Daten wie angeborene Fehlbildung, Krankheit, therapeutische Interventionen, Aufenthalt auf der Kinderstation sowie eine Reihe von subjektiven Aussagen der Mutter zum Kind (eventueller Geschlechtswunsch, Aussehen, Besorgnis um seine Gesundheit, Schreien, allgemeines „Zurechtkommen“ mit den Bedürfnissen des Kindes) und ihre jeweiligen Gefühle dazu.

Die **Schwangerschaft**: Erwünschtheit dieser Schwangerschaft, Stimmung und Probleme (medizinisch, psychisch, sozial) in der Zeit der Schwangerschaft und eventuell vorausgegangener Schwangerschaften, Körperwahrnehmung, Vorsorgeuntersuchungen, Veränderungen in der Partnerschaft, Hilfe und Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld, Einfluss der Berufstätigkeit, besondere Ereignisse im Verlauf.

⁶⁰² „Structured Interview for Pregnancy Related Diseases“ (Bennet et al. 2004)

Das (frühe) **Wochenbett**: Zufriedenheit in der Klinik, mit dem Zimmer, evtl. der Zimmernachbarin, dem Personal, dem Besuch, Entwicklung und Verlauf der Stillbeziehung, allgemeine Vorstellungen der Mütter mit ihren Erwartungen und Ängsten die (nahe) Zukunft, auch zu Hause und evtl. im Beruf, betreffend. Einige wenige Items aus den Fragebögen von Stein (1980) und Pitt (1973) zu Appetit, Kopfschmerzen, Alpträumen, Schreckhaftigkeit und Freude über das Neugeborene wurden zusätzlich aufgenommen.

Medizinische Vorgeschichte: Konsum von Medikamenten, illegalen Drogen, Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft und nach der Geburt, psychiatrische und gynäkologische Eigen- und Familienanamnese.

Das **soziale Umfeld**: Beziehungen und Intensität der Kontakte innerhalb der näheren oder, falls im Vordergrund stehend, weiteren Verwandtschaft, Bekanntschaft oder Nachbarschaft, Erwartungen der Frauen bezüglich Unterstützung aus dem Umfeld und tatsächliche Unterstützung, Wohn- und finanzielle Situation der engeren Familie, Partnerschaft

Demografie: Alter der Mutter, Familienstand, Anzahl der Personen im Haushalt, Konfession und Religiosität, Schul- und Berufsausbildung, berufliche Tätigkeit/Arbeitslosigkeit der Mutter

3.2.3. „Sechs-Wochen-Fragebogen“

Ungefähr sechs bis zehn Wochen nach der Entbindung erhielten die Frauen den zweiten Fragebogen per Post. Wenn die Antwort ausblieb, schickten wir nochmals einen Fragebogen mit einem Erinnerungsschreiben. Vier Frauen fielen wegen nicht zu ermittelnden (neuen) Adressen aus diesem Teil der Studie, eine Frau musste wie bereits beschrieben wegen dem Tod ihres Kindes nach neun Wochen ausgeschlossen werden. Den Rücklauf von insgesamt 50,6% bewerteten wir als sehr zufrieden stellend in Anbetracht des Umfangs der gesamten Befragung in Kombination mit einem überdurchschnittlich durch verschiedenste Problematiken belasteten Wöchnerinnenkollektiv⁶⁰³. Die Mütter mit „Zustand nach“ primärer Sectio Caesarea antworteten überdurchschnittlich häufiger (65,9%) als die Mütter nach einer sekundären Sectio.

⁶⁰³ Evans diskutierte in seiner Arbeit (2001) über 14.000 Frauen, die er mittels EPDS in der 18. und 32. SSW sowie 8 Wochen und 6 Monate p.p. befragte, die selektive Wirkung der Depressivität in Bezug auf die Bereitschaft der Frauen, sich an einer Studie zu beteiligen. Ballestrem (2001) bekam 69,9% verschickter und zum Teil telefonisch nachgefragter Erhebungsbögen zurück. O'Hara (1996) bewertete einen Rücklauf von unter 50% (191 von 418 Frauen) in seiner eigenen, sehr aufwändigen Arbeit deutlich positiv.

3.2.3.1. Standardisierte Instrumente

Wir integrierten folgende Instrumente unverändert in den zugeschickten Teil der Befragung:

Die „**Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale**“ (EPDS): Ziel der Autoren⁶⁰⁴ des EPDS war es gewesen, ein Instrument zu entwickeln, das einerseits genügend Sensivität (0,96) für die zu untersuchende „Postpartum-Depression“ aufweist, als auch genügend Spezifität (1,0) und positiven Voraussagewert (1,0) besitzt, um überhaupt gezielt für diese Fragestellung eingesetzt werden zu können. Der EPDS hat sich nicht zuletzt aufgrund seiner Kompaktheit (10 Fragen) mittlerweile weltweit sowohl als Screeningverfahren als auch –trotz Kritik⁶⁰⁵ – zur Messung des Schweregrades einer Depression v.a. im späten Wochenbett etabliert⁶⁰⁶. Er unterscheidet im klassisch psychiatrischen Sinne „Major“ und „Minor“-Depression⁶⁰⁷. Die Mehrzahl der Arbeiten ziehen den EPDS anderen Depressionsskalen wie GHQ und BDI vor⁶⁰⁸. Wir verwendeten den „cut-off“ von „>9,5“ – von den Autoren im Screening für die „Minor-Depression“ empfohlen⁶⁰⁹, um das Auftreten der „Postpartum-Depression“ zu identifizieren. Als Diagnosewert empfehlen die genannten Arbeiten allerdings zum Teil einen Testwert ab 12,0 oder 12,5, was beim Screening schon dem Wert einer „Major Depression“ entspricht. Generell wird dem Screening mittels EPDS kein vollwertiger Diagnostikstatus im psychiatrischen Sinne zugeschrieben, jedoch gilt sein *negative predictive value* als ausgesprochen hoch⁶¹⁰. Guedeney ist zudem der Meinung, dass dieses Instrument sensibler für *anxious and unhedonic symptomatology* sei als für *psychomotoric retardation*⁶¹¹.

Der „**Partnerschaftsbogen**“⁶¹²: In dieser Liste werden 23 Bereiche des Partnerschaftsalltags abgefragt, in denen Konflikte entstehen. Je höher der Score ausfällt, der aus den mit maximal 4 Punkten bewerteten Antworten summiert wird, desto „konfliktreicher“ wird die Partnerschaft gewertet. Wir gehen davon aus, dass häufige Konflikte in einer Partnerschaft das Potential für gegenseitigen „social support“ verringern.

Das „**State-Trait-Angstinventar**“ (STAI)⁶¹³: Die Selbstbeschreibungsskala zur Erfassung der Angst als Persönlichkeitseigenschaft⁶¹⁴ („*trait*“) reflektiert die Ausprägung der Nei-

⁶⁰⁴ Vgl. Cox et al. 1987 und Cox/Holden 1994

⁶⁰⁵ Vgl. Eberhard-Gran et al. (2001)

⁶⁰⁶ Vgl. Eberhard-Gran et al. (2001), dt. Version von Bergant et al. 1998a und b, Thompson et al. 1998, Matthey, Barnett, Elliott 1997

⁶⁰⁷ Vgl. Guedeney et al. (2000)

⁶⁰⁸ U.a. Brockington (1996), Steiner (1993), Ballestrem (2001), Evans (2001) befragte 14.000 Frauen und verifiziert seine Screening-Ergebnisse mittels klinischer Interviews.

⁶⁰⁹ Vgl. Ballestrem (2001) und Josefson (2002)

⁶¹⁰ Fossey (1997) beurteilte die Spezifität und den *positive predictive value* als „mäßig“.

⁶¹¹ In seiner Arbeit von 2000 spricht er von zwei konkurrierenden Depressionsmodellen, von denen der EPDS eines –eben jenes mit Schwerpunkt auf den psychomotorischen Komponenten – nicht genügend erfasse.

⁶¹² Hahlweg 1996

⁶¹³ Spielberger et al (1970), vgl Lanz et al. (1981)

⁶¹⁴ Oft wird an dieser Stelle von einer „neurotische Komponente“ in der Ätiologie von Befindlichkeitsstörungen gesprochen

gung einer Person, eine bestimmte Situation als bedrohlich zu bewerten. Dies gilt in Bezug auf Befindlichkeit als ein wichtiges Maß für das Selbstwertgefühl der betroffenen Person. Das Instrument umfasst 20 Items, auf einer vierstufigen Skala mit Punkten von eins bis vier bewertet. Die Durchschnittsrohwerte liegen für deutsche Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren bei 37,10 (Standartabweichung 9,95) und von 30 bis 59 Jahren bei 36,85 (Standartabweichung 9,50). Nach Lanz und Mitarbeitern kennzeichnet der Summenwert dieser Skala relativ stabile interindividuelle Tendenzen, eine Situation als bedrohlich zu werten und hierauf mit einem Anstieg der „Zustandsangst“ zu reagieren. Nach den Entwicklern des Instruments kann ein „normaler Testwert der Zustandsangst nicht festgelegt werden, jedoch gilt ein Wert von beispielsweise 20 Punkten als eher niedrig. Die Reliabilität dieses Tests ist nicht unproblematisch, zusätzlich wird empfohlen, zusätzlich mittels separater Fragen das Maß der sozialen Erwünschtheit der Probandinnenantworten zu erheben, da die Testergebnisse schwach mit diesem Phänomen korrelieren. Falls der „State“-Teil, der die Angst als momentanen, situationsbedingten Zustand erfassen kann, verwendet wird, so sollte dieser Fragenteil vor der „Trait-Skala“ erhoben werden.

Der „**Beck Depression Inventory**“ (BDI): Weil der BDI international in etlichen Arbeiten⁶¹⁵ zu postpartalen „Befindlichkeitsstörungen“, vor allem zur Untersuchung der „Postpartalen Depression“, Verwendung findet, haben wir ihn als Vergleichsinstrument zum o.g. EPDS in unsere Befragung aufgenommen. Obwohl Spezifität und Sensivität in der genannten Literatur unterschiedlich beurteilt werden⁶¹⁶, hat dieses Basisinstrument in der Depressionsdiagnostik außerhalb des Wochenbettes auch in dieser speziellen Fragestellung – schon allein aufgrund des häufigen Einsatzes – einige Bedeutung erlangt. Wir haben 2 Fragen zur Sexualität nicht in die Auswertung miteinbezogen, da uns dieses Thema explizit nach einer Entbindung nicht ausreichend bewertbar in Bezug auf unsere Fragestellung erschien.

Auch der BDI bildet einen Score aus 21 kognitiven und psychischen Symptomen (jeweils vierstufige Skala mit Punktwerten von 0 bis 3), den wir – ohne „cut-offs“ zu verwenden, vergleichend in die Statistik mit einbezogen. Hautzinger et al.⁶¹⁷ interpretieren einen Punktwert unter 11 als unauffällig, Werte zwischen 11 und 17 als „milde“ Depression und einen Wert von über 18 als „klinisch relevante“ Depression. Entsprechend unserer Anpassung der Fragen erniedrigen sich die Grenzwerte in der vorliegenden Arbeit um jeweils zwei Punkte. Der Mittelwert von gesunden Probandinnen lag bei 6,5 (St.ab. 9,4), depressive Patientinnen erreichten in Schnitt 23,1 (St.ab. 10,6) und Schmerzpatientinnen durchschnittlich 11,0 (St.ab. 7,6). Bei jüngeren Patientinnen und Patienten überwogen Symptome wie Versagensgefühle, Strafbefürfnis, Selbstanklagen und Suizidimpulse, ältere Patientinnen und Patienten neigten eher zu

⁶¹⁵ Vgl. Lee, Yip et.al (2001), Hautzinger et al. (1994)

⁶¹⁶ z. B. Hopkins (1989) nach Miller (1993) postulierte wie später auch Cox (1994), dass der BDI zur Diagnose der PPD nur bedingt geeignet sei, da er speziell im Wochenbett zu falsch-positiven Ergebnissen führen würde. Dieser Haltung wird von Forschern widersprochen, die die spezifische Entität der Wochenbett-Depression bezweifeln (u.a. Nicolson, 1998).

⁶¹⁷ Hautzinger et al. (1994)

Somatisierungserscheinungen wie Schlafstörungen, Libido- und Appetitverlust. Nicht ganz signifikant korrelierte der BDI-Wert in der deutschen Validierung mit dem Alter der Probanden und Probandinnen.

Der „**Social Support Questionnaire for Transactions**“ (SSQT) und der „**Social Support Questionnaire for Satisfaction**“ (SSQS)⁶¹⁸: Dieser Test wurde in einer internationalen Studie mit französischen, niederländischen, norwegischen und schwedischen ProbandInnen validiert. Er misst im SSQT-Teil (alle „a“-Items) die *Quantität* der unterstützenden Maßnahmen, die ein Individuum von mindestens einer anderen Person in fünf verschiedenen Kategorien erfährt: tägliche emotionale Unterstützung, problemorientierte emotionale Unterstützung, soziale Kontakte in der Freizeit, tägliche praktische Unterstützung, problemorientierte praktische Unterstützung. Der SSQS-Teil (alle „b“-Items) misst die „*Qualität der Quantität*“ – gemeint ist die Zufriedenheit der Testperson mit der Häufigkeit oder Intensität der unterstützenden Maßnahmen, bezogen auf den vorgenannten SSQT. Zusätzlich wird erhoben, ob die jeweilige Art der Unterstützung für die untersuchte Person überhaupt relevant ist, und in welchem Maß. Die geringe Korrelation der beiden Testanteile untereinander wird als Zeichen für die Erfassung tatsächlich verschiedener Dinge gewertet, beide Anteile sollten keinesfalls getrennt verwendet werden.

3.2.3.3. *Zusätzlich entwickelter Fragenkatalog*

Ziel dieses Teils des „Sechs-Wochen-Fragebogens“ war vor allem die Nacherhebung einiger schon im Interview abgefragter Items zum weiteren Verlauf vor allem der Stillbeziehung, des Kontaktes zum Kind, der Partnerschaft, der Unterstützung im sozialen Umfeld und allgemeiner Schwierigkeiten, die eventuell zum Zeitpunkt der Nacherhebung neu dazugekommen waren beziehungsweise wegfielen.

Vorrangig wollten wir ab 6 Wochen postpartum die auch nach dem Zeitpunkt des Auftretens definierte⁶¹⁹ „Postpartum-Depression“ bzw. „-Psychose“ identifizieren. Da umstritten ist, ob der „Blues“ ein Vorläufer b.z.w. milderes Stadium der „Postpartum-Depression“ ist oder ob die beiden „Störungsbilder“ voneinander unabhängig auftreten, versuchten wir beiden Möglichkeiten Rechnung zu tragen: Falls die Nacherhebung ähnlich der Befragung im frühen Wochenbett ausfallen sollte, wollten wir diese Übereinstimmung eher in Richtung ersterer These deuten, falls sich die Symptomatik auffällig wandeln sollte, die zweite These näher diskutieren⁶²⁰.

⁶¹⁸ Suurmeijer et al. (1995), Doeglas et al. (1996)

⁶¹⁹ vgl. Kap. 2.3.1.2. und 2.3.1.3.

⁶²⁰ Näheres dazu sowohl bei den Ergebnissen (siehe auch die Faktorenanalyse) als auch in der Diskussion. Nicolson (1998) beschreibt in einer ihrer Arbeiten, die unserer Studie strukturell stark ähnelt, einen interessanten Eindruck: In der Nacherhebung hätten die Frauen einen ehrlicheren, offeneren Eindruck gemacht als beim direkten Interview im frühen Wochenbett. Sie führt dies auf das Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ zurück, das bei direkter Befragung im persönlichen Gespräch auftreten könne als bei

3.2.3. Statistik

Die statistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe von SPSS (Version 12.0). Für die Analysen wurden Häufigkeiten und Verteilungen mittels Histogrammen veranschaulicht. Parametrische Verfahren (Korrelation nach Pearson und T-Test) wurden verwendet, wenn eine Normalverteilung (NV) vorlag. Bei Nichterfüllung der Voraussetzung NV wurde auf nicht-parametrische Verfahren (Korrelation nach Spearman und Mann-Withney-New-Test) zurückgegriffen. Zum Vergleich zweier binominaler Variablen wurden Kreuztabellen verwendet und die Stärke des Zusammenhangs mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Zusammenhänge von $p < 0,05$ wurden als signifikant, von $p < 0,01$ als hochsignifikant bezeichnet. Durch Regressionsanalyse wurden die Zusammenhänge zwischen Einflußgrößen und abhängigen (in monotonem Zusammenhang und dichotom oder metrisch skalierten) Variablen untersucht. Die Varianzanalyse kam zur Anwendung, wenn Variablen mehr als zwei mögliche Ausprägungen hatten, stetig und normalverteilt waren.

Als erkenntnistheoretisches⁶²¹ Verfahren kam die Faktorenanalyse zur Anwendung, um die große Anzahl der erfassten Faktoren im frühen Wochenbett gruppieren und untereinander in Zusammenhänge bringen zu können.

3.3. Ergebnisse

Bei der Vorstellung und der Bewertung der Ergebnisse wurde – wie ursprünglich geplant – das Studienkollektiv von E. Ackermann⁶²² als Vergleichskollektiv (im Folgenden mit „V“ gekennzeichnet, im Gegensatz zu „S“ für das Sectio-Kollektiv) herangezogen⁶²³. Die Fallzahl der Vergleichsgruppe beträgt $N = 100$, es sind vaginal-spontane (58,0%), vaginal-operative (11%) sowie primäre und sekundäre Sectio-Entbindungen (31%) enthalten. 31 Mütter wurden im Krankenhaus Rechts der Isar (TU München), 34 Mütter in der 1. Frauenklinik der LMU München in der Maistrasse und 35 Mütter im Lehrkrankenhaus Starnberg (LMU München) befragt. Es kamen – abgesehen vom Geburtsmodus – die gleichen Einschlusskriterien wie beim Sectio-Kollektiv zur Anwendung.

Die Interviews beider Vergleichsgruppen erfolgten zeitlich weitgehend parallel. Diese Tatsache unterstützt die Vergleichbarkeit bezüglich aktueller „zeitgeistiger“ oder tagespolitischer Einflüsse – beispielsweise aus den Medien.

Fragebögen, die „alleine“ ausgefüllt wurden, da auch die Untersucherin oder der Untersucher unabsichtlich sozialen Druck ausüben könnten.

⁶²¹ Bortz (1999)

⁶²² Ackermann, unveröff. Dissertation aus der Arbeitsgruppe „Münchener Postpartum Studie“, aus der auch die vorliegende Arbeit nach identischem Studiendesign hervorging (siehe auch „Fragestellung“, Kap.3.1.1.)

⁶²³ Wo Vergleiche aufgrund der Datenlage möglich sind und Daten aus beiden Kollektiven bereits vorliegen, werden beide Kollektive vorgestellt

Die genannten Kliniken sind für beide Kollektive übereinstimmend jeweils als Häuser der gehobenen Regel- (Starnberg) und der Maximalversorgung (Klinikum Großhadern, Maistrasse, Klinikum Rechts der Isar) zu bezeichnen.

3.3.1. Soziodemografische Eckdaten der Stichprobe (Hypothesengruppe XIII.)⁶²⁴

Beim Alter der Mütter weisen die Kollektive S und V ein ähnliches demografisches Profil auf:

Tabelle 1: Alter der Mütter

Alter der Mütter	S	V
<i>Mittelwert</i>	<i>32,44</i>	<i>32,57</i>
<i>Median</i>	<i>32,0</i>	<i>33</i>
<i>Min-Max</i>	<i>18-43</i>	<i>21-44</i>
<i>Verteilung(%) <20 Jahre</i>	<i>1,2</i>	<i>0</i>
<i><25 Jahre</i>	<i>2,4</i>	<i>4,0</i>
<i><30 Jahre</i>	<i>24,2</i>	<i>16,0</i>
<i><35 Jahre</i>	<i>42,7</i>	<i>50,0</i>
<i><40 Jahre</i>	<i>28,0</i>	<i>25,0</i>
<i><45 Jahre</i>	<i>6,1</i>	<i>5,0</i>

Um den Zusammenhang von Alter und „Baby-Blues“ bzw. „Postpartum-Depression“ - im Folgenden desöfteren mit „BB“ bzw. „PPD“ abgekürzt – untersuchen zu können, wurden die Frauen in drei Altersgruppen zusammengefasst, die unter heutigen Umständen gefühlsmäßig als „junge“ (bis 25 Jahre), „vom Alter her durchschnittliche“ (bis 35 Jahre) und als „reifere“ Mütter empfunden werden. Die Mittelwerte des Kennerly-Scores (KSc) für den Blues differierten nur schwach um nicht einmal 0,3 Punkte zwischen den einzelnen Gruppen, tendenziell hatten die „reiferen“ Mütter jedoch die niedrigsten, die „durchschnittlich alten“ Mütter die höchsten Scores. Im EPDS lagen die Mittelwerte viel weiter auseinander, in der „jungen“ Gruppe war der Wert mit 1,0 sehr niedrig, die Aussage wird ohnehin durch die Tatsache entwertet, dass aus dieser Untergruppe der Rücklauf nur aus den Daten einer einzigen Mutter bestand. Den höchsten Score wiesen die „mittleren“ Mütter mit 7,98 auf, die „reifen“ Mütter hatten im Schnitt 5,87 Punkte. Damit weisen die älteren Mütter sowohl beim BB als auch bei der PPD niedrigere Scores auf, es geht ihnen im Durchschnitt sowohl im frühen als auch im späten Wochenbett besser als den übrigen Müttern. Im BDI ergibt sich das gleiche Bild wie im EPDS.

⁶²⁴ Die an dieser Stelle des Zusammenhanges halber vorgestellten Daten finden sich zum Teil ausführlicher unter den jeweiligen Fragestellungen.

Auch bezüglich der partnerschaftlichen Situation stimmten beide Gruppen vor allem in Hinsicht auf den unerwartet hohen Anteil an festen Lebensgemeinschaften überein:

Tabelle 2: Familienstand und partnerschaftliche Situation (pS)

Familienstand/pS	S	V
<i>verheiratet(%)</i>	<i>95,1</i>	<i>82,0</i>
<i>in Scheidung (%)</i>	<i>-</i>	<i>1,0</i>
<i>ledig(%)</i>	<i>4,9</i>	<i>17,0</i>
<i>fester Partner, zusammenle- bend(%)</i>	<i>96,3</i>	<i>97,0</i>
<i>fester Partner, getrennt lebend(%)</i>	<i>3,7</i>	<i>2,0</i>
<i>kein fester Partner(%)</i>	<i>-</i>	<i>1,0</i>

Geboren waren die Mütter zu 87,3% in Deutschland. Zwei weitere Mütter stammten aus Österreich, jeweils eine Frau war in Frankreich, Italien, Großbritannien, Finnland, USA, Argentinien und Malta zur Welt gekommen. Frauen mit Geburtsort im Ausland tendierten zu höheren „Blues“-Scores und ganz minimal auch zu höheren EPDS-Scores. Ob dieser Zusammenhang tatsächlich überzufällig besteht, kann anhand unserer Fallzahlen nicht sicher nachgewiesen werden.

Die Auswertung der Kriterien zum Thema „Parität“ einschließlich der Anzahl der geborenen⁶²⁵ und nicht geborenen⁶²⁶ Kinder sowie Mehrlinge und Sterilitätsbehandlungen ergab folgende Verteilungen:

Tabelle 3: Parität

Parität (in %)	S	V
<i>Erstgebärende</i>	<i>61,7</i>	<i>61,0</i>
<i>Zweitgebärende</i>	<i>29,6</i>	<i>33,0</i>
<i>Dritt-/Mehrgebärende</i>	<i>8,7</i>	<i>6,0</i>

⁶²⁵ In dieser Gruppe entspricht dies durchwegs der im Haushalt lebenden Kinderzahl

⁶²⁶ Totgeburten, Fehlgeburten (bis 12. Woche) und Abruptiones

Tabelle 4: lebende Kinder (einschließlich Neugeborene/s)

Kinderzahl (in %)	S	V
1	46,3	56,0
2	42,7	37,0
3	7,3	7,0
4	2,4	-
5	1,2	-

In der Sectio-Gruppe (in Klammer jeweils die entsprechenden Daten aus der Vergleichsgruppe) hatten 75,6 (89,0)% der Frauen nie eine Fehlgeburt⁶²⁷ gehabt, 14,6 (8,0)% eine, 9,7 (3,0)% zwei oder mehr Fehlgeburten. Totgeburten⁶²⁸ waren in 4,9 ((4,0)% der Fälle vorausgegangen. Eine Abruption hatten 3,7 (6,0)% hinter sich, drei Abtreibungen traten nur in der Sectio-Gruppe bei 1,2%, das entspricht einem Fall, auf. Insgesamt waren die Frauen bis zu sechs Mal schwanger (nur Sectio-Gruppe), eine Erstschwangerschaft lag in 42,7 (57,0)% vor, die Raten der Zweit- und Drittschwangerschaften lag bei 34,1 (27,0)% und 17,1 (12,0). Viert- und Fünftschwangerschaften machten 3,7 (3,0) und 1,2 (1,0)% aus.

Sterilitätsbehandlungen waren bei 19,8% (N=16) der Frauen durchgeführt worden. 7,4% waren reine Hormontherapien und jeweils 6,2% entfielen auf die beiden Verfahren „In-Vitro-Fertilisation“ und „Intracytoplasmatische Spermien-Injektion“.

In S sind etwa doppelt so viele Mehrlingsschwangerschaften (Zwillinge 13,6%, Drillinge 2,5%, insgesamt 16,1%) erfasst wie in V (Zwillinge 6,0%). Dies korreliert mit der höheren Rate von Sterilitätsbehandlungen hochsignifikant, jedoch kann ein direkter Zusammenhang so nicht bewiesen werden, weil dazu weitere Daten miterfasst hätten werden müssen.

In der Schwangerschaft berufstätig waren 73,8% (V: 79,0%), 80,2% (V: 98%) der Mütter hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Als „religiös“ bzw. „gläubig“ bezeichneten 39,5% der befragten Frauen, 14,8% beantworteten diese Frage nicht und 45,7% bezeichneten sich als „nicht religiös/gläubig“.

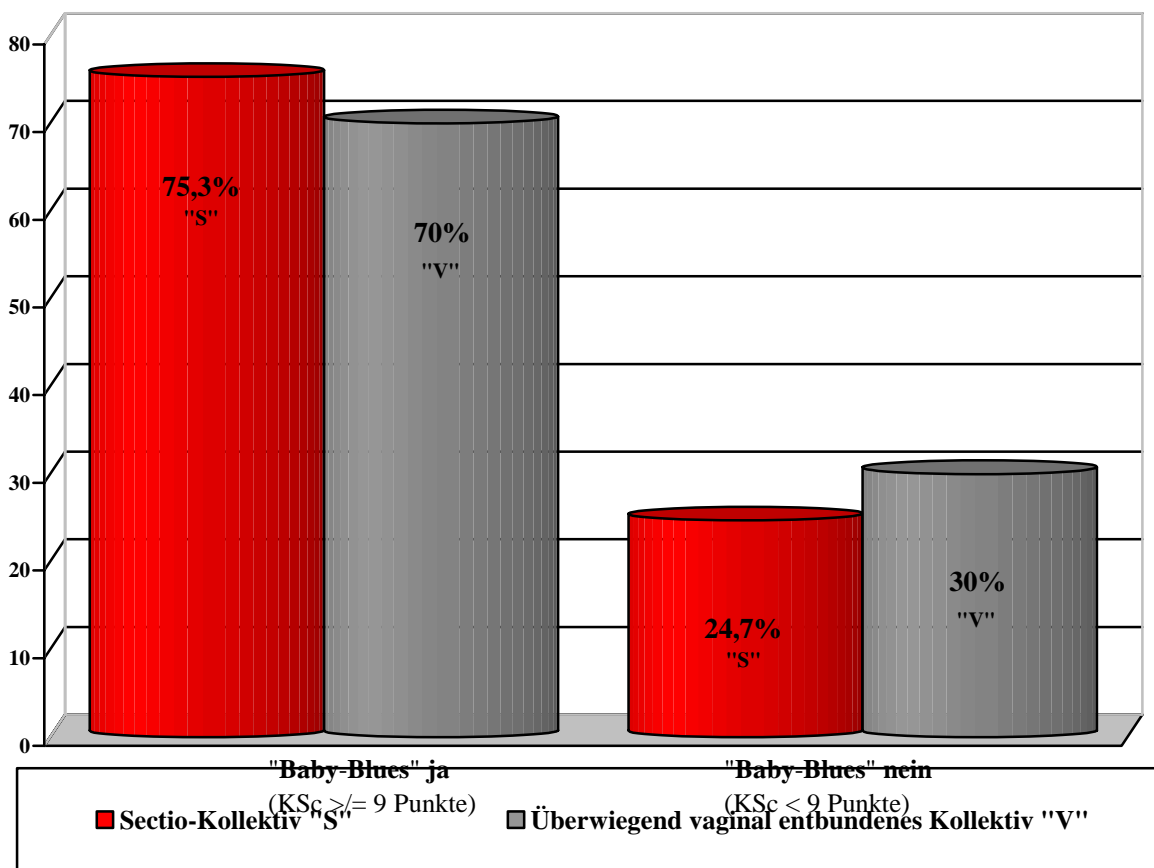
⁶²⁷ Bis 12. SSW

⁶²⁸ Definitionsgemäß ab 13. SSW, in den vorliegenden Daten aber jeweils erst jenseits der 20. SSW aufgetreten

3.3.2. Zur weiteren Beschreibung der untersuchten „affektiven Störungen“ und Abgrenzung der „Störungsbilder Babyblues, Postpartum-Depression und Postpartum-Psychose“⁶²⁹

Der von uns hauptsächlich nach den bereits genannten⁶³⁰ Kennerly-Kriterien erhobene „**Baby-Blues**“ tritt per Definitionem im frühen Wochenbett auf. Die Prävalenz betrug in unserer Erhebung in Kollektiv S 75,3%, in V 70,0%. Dies liegt eher im oberen Bereich der in der Literatur sehr unterschiedlich herausgearbeiteten Prävalenz, die – je nach Studie - zwischen 30 und 80% variiert. Im Mittel betrugen die Scores der Wöchnerinnen 10,43 Punkte bei einer Standardabweichung von 4,86 Punkten.

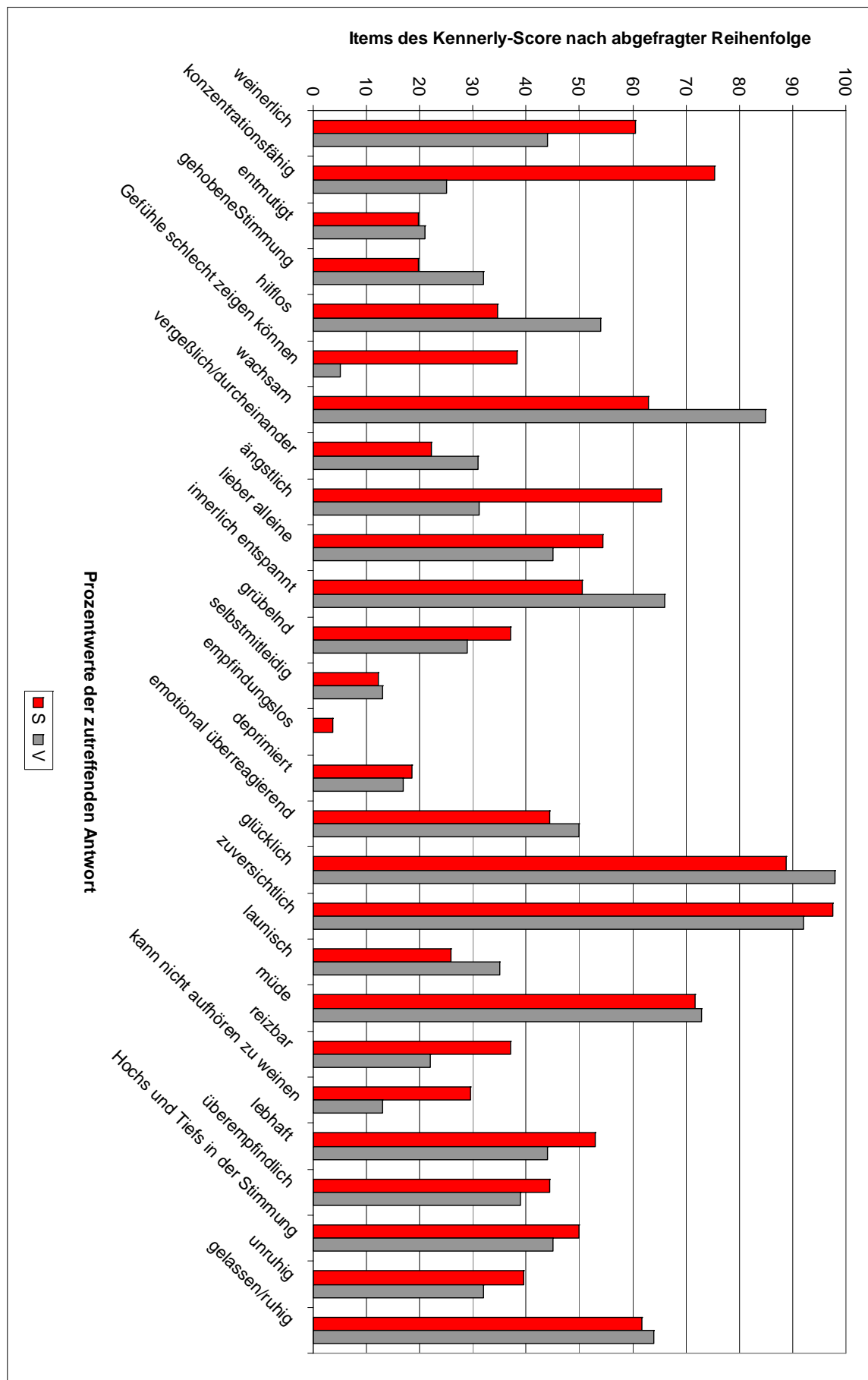
Abb. 1: Vergleichende Prävalenz des „Baby-Blues“



⁶²⁹ Siehe auch bei „Fragestellung“ (Kap. 3.1.1)

⁶³⁰ Siehe Kap. 3.2.2.1 (Beschreibung des standardisierten Instrumentes im Fragebogen für das frühe Wochenbett)

Abb. 2: Verteilung der Antworten innerhalb des Kennerly-Fragebogens für S und V



Auf die zum Teil unterschiedlichen Häufigkeiten der einzelnen Symptome wird in der Diskussion noch näher eingegangen. Auffällig ist, dass das Item „empfindungslos“ übereinstimmend in beiden Kollektiven so gut wie nicht ausgeprägt ist, da zum Beispiel türkische Frauen in Deutschland – in einem anderen Kollektiv der Arbeitsgruppe war dies mit dem selben Fragebogen erhoben worden - gerade darunter zu leiden scheinen⁶³¹. Auffällig ist auch, dass die häufigsten Items in beiden Gruppen „glücklich“ und „zuversichtlich“ sind, aber auch „müde“; und jeweils ebenfalls übereinstimmend gut die Hälfte „Stimmungsschwankungen“ und „emotionale Überreaktionen“ angibt. In beiden Gruppen unterschiedlich fallen vor allem die Items „kann Gefühle schlecht zeigen“, „kann nicht aufhören zu weinen“, „weinerlich“, „reizbar“, „ängstlich“, „hilflos“ und „wachsam“ sowie „konzentrationsfähig“ aus. Weitgehende Übereinstimmung in der Häufigkeit des Vorkommens zeigen die Items „lieber alleine“, „vergesslich/durcheinander“, „unruhig“, „empfindungslos“, „entmutigt“, „grübelnd“, „deprimiert“, „selbstmitleidig“, „gehobene Stimmung“, „glücklich“, „zuversichtlich“, „ruhig“, „innerlich entspannt“, „reizbar“, „überempfindlich“, „launisch“, „Hochs und Tiefs in der Stimmung“, „emotional überreagierend“, „lebhaft“ und „müde“.

Um diese etwas unübersichtliche Vielzahl von Items besser überschauen und interpretieren zu können, führten wir – für diese Arbeit auf die Daten des Sectio-Kollektivs beschränkt - eine *Faktorenanalyse* zur Reduzierung der relevanten Faktoren durch. Zusätzlich werden mit dieser Methode Zusammenhänge der einzelnen Items untereinander aufgedeckt. Wir definierten eine Faktorenladung $\geq 0,4$, um einen Zusammenhang als „stark genug“, d.h. gegeben anzusehen. Unterhalb dieser Faktorenladung wiesen alle Items mehr oder weniger starke Zusammenhänge auf, so dass genauere Aussagen zum „Baby-Blues“ nicht möglich geworden wären.

Tabelle 5: Ergebnisse der Faktorenanalyse des Kennerly-Fragebogens bei der Sectio-Gruppe

<i>Faktor</i>	<i>Symptome</i> ⁶³²	<i>Faktorladung</i>	<i>Beschreibung</i>
„kognitiver Status“	<i>vergesslich/durcheinander</i> <i>konzentrationsfähig</i>	,745 -,718	Diese zwei Symptome weisen lediglich untereinander einen deutlichen Zusammenhang auf
„Anspannung“	<i>ruhig/gelassen</i> <i>gespannt</i> <i>zuversichtlich</i> <i>unruhig</i> <i>(lebhaft)</i>	,771 -,504 ,463 -,772 (-,371)	In diesem Faktor konzentrieren sich Symptome, die eher gegen das Vorliegen eines „Blues“ sprechen

⁶³¹ Delius (2004)

⁶³² Die in Klammern angegebenen Items wurden der Vollständigkeit halber aufgeführt, wiesen jedoch mit einer Faktorladung unter 0,4 einen nicht genügend starken Zusammenhang auf.

	<i>(innerlich entspannt)</i>	(,372)	
„emotionale Reaktionsbereitschaft“	<i>emotional überreagierend</i>	,742	Diese Symptome (aber nicht nur diese!) sind „Blues“-Symptome. Interessanterweise ordnet sich hier auch das Bedürfnis nach Privatsphäre („alleine sein“) ein
	<i>überempfindlich</i>	,715	
	<i>reizbar</i>	,691	
	<i>launisch</i>	,678	
	<i>empfindungslos</i>	-,469	
	<i>weinerlich</i>	,462	
	<i>(kann nicht aufhören zu weinen)</i>	(,385)	
	<i>wäre lieber alleine</i>	,420	
„traurig-neurotische Komponente“	<i>grübelnd</i>	,735	In der Symptomatik dieses Faktors fällt eine gewisse „Verschlossenheit“ und Distanz der betroffenen Frau zu ihrer Umgebung auf. Die „Wachsamkeit“ passt mit negativer Faktorladung - d.h. als „Nicht-Wachsamkeit“ - dazu. Wir werteten diesen Faktor als „Blues“-Faktor.
	<i>Hochs und Tiefs in der Stimmung</i>	,643	
	<i>selbstmitleidig</i>	,635	
	<i>deprimiert</i>	,623	
	<i>ängstlich</i>	,442	
	<i>wachsam</i>	-,417	
„traurig-unglückliche Komponente“	<i>hilflos</i>	,628	Die Tatsache, dass sich die auf „Depressivität“ bezogenen Symptome in zwei verschiedene Faktoren aufteilen, muss genauer betrachtet werden ⁶³³ . Auch dieser Faktor wurde von uns als „Blues“-Faktor gewertet
	<i>entmutigt</i>	,582	
	<i>müde</i>	,526	
	<i>glücklich</i>	-,469	
	<i>gehobene Stimmung</i>	-,417	
	<i>(kann Gefühle schlecht zeigen)</i>	(,356)	

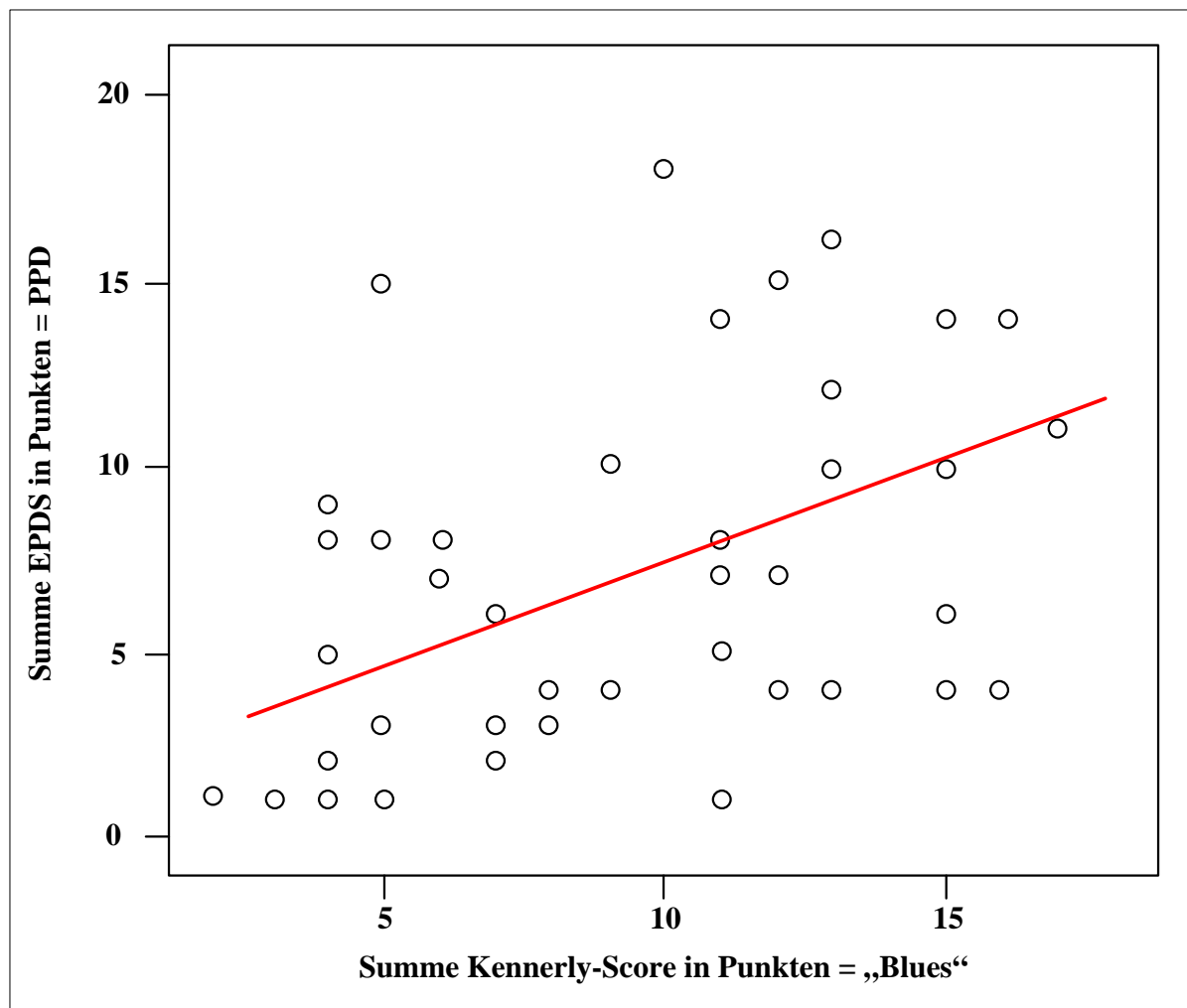
Bemerkenswerterweise traten auch zweierlei ähnlich gruppierte „Depressivitätsfaktoren“ auf, wenn in die Faktorenanalyse die Kontrollgruppe V miteinbezogen worden war, so dass es sich hierbei um ein nicht „Sectio-spezifisches“ Phänomen handeln könnte. Dies weist darauf hin, dass das Phänomen des „Baby-Blues“ noch besser untersucht und damit auch verstanden werden kann, wenn Symptome – wie hier im Fragebogen - nicht nur sehr differenziert erhoben werden, sondern auch in weit homogenen Untergruppen mit gleichzeitig möglichst höheren Fallzahlen. Um diesen Ansätzen ausführlicher nachgehen zu können, wären weiterführende Studien notwendig und wünschenswert.

⁶³³ Vgl. Kap. 6. („Zusammenfassung“)

Die einzelnen KSc-Items „weinerlich“, „kann nicht aufhören zu weinen“, „hilflos“, „Hochs und Tiefs in der Stimmung“, „emotional überreagierend“, „unruhig“, „lebhaft“, „launisch“, „reizbar“, „innerlich gespannt“, „grübelnd“, und „deprimiert“ korrelierten hochsignifikant ($p=0,001$) mit dem KSc-Score, also dem Vorhandensein von Blues-Symptomatik, nicht jedoch „lieber alleine sein“, „zuversichtlich sein“ und „müde“.

Der Score des Kennerly-Bogens korrelierte bei einer großen Varianz jeweils signifikant mit dem EPDS- ($p=0,038$) und dem BDI-Score ($p=0,014$), so dass die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen den beiden Befindlichkeits-„Störungen“ „Baby-Blues“ und „Postpartum-Depression“ besteht.

Abb. 3: Korrelation PPD (EPDS) und „Blues“ (KSc)



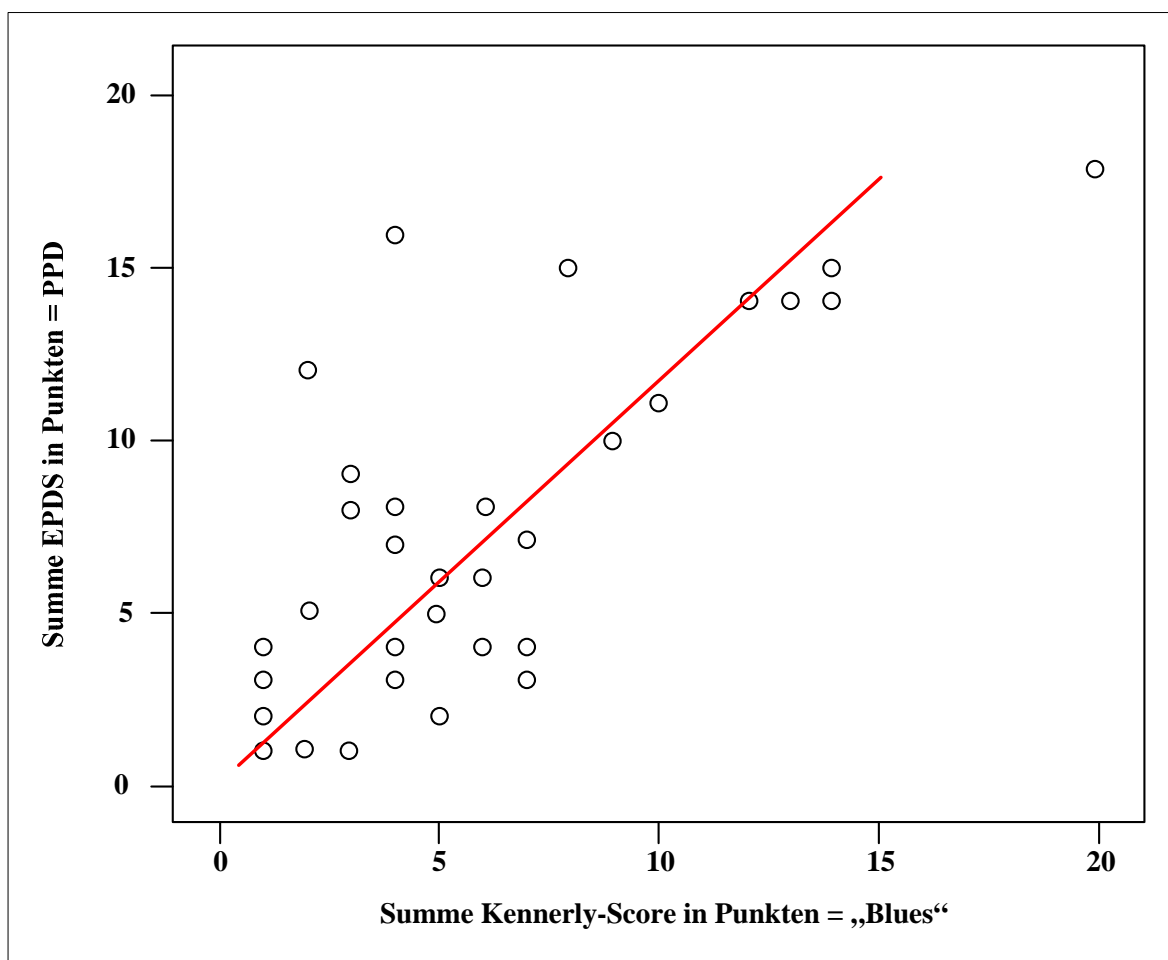
Dieser Zusammenhang könnte mittels weiterer Studien genauer geprüft werden. In der Regressionsanalyse (ebenfalls signifikanter Zusammenhang) ergibt sich bezüglich der Vorhersagbarkeit der Postpartum-Depression aus dem „Blues“ folgende Gleichung:

$$\text{PPD (=EPDS-Score)} = \text{Konstante } 3,97 + (+ 0,30 \times \text{BB (=KSc)})$$

Der mittlere KSc (10,30/St.ab. 4,66) der Mütter, die im „Sechs-Wochen-Bogen“ nicht antworteten, unterschied sich nicht von dem KSc der anderen Mütter (10,56/St.ab. 5,10).

Für die „**Postpartum-Depression**“ verglichen wir die zwei Instrumente EPDS und BDI⁶³⁴ miteinander. Da beide Tests vielfache Verwendung in den im Literaturteil beschriebenen Studien fanden, erschienen sie uns jeweils ausreichend validiert. Erwarteterweise korrelieren beide Scores hochsignifikant ($p=0,001$) miteinander, so dass im Weiteren der Übersichtlichkeit halber oft nur die Ergebnisse des EPDS verwendet wurden.

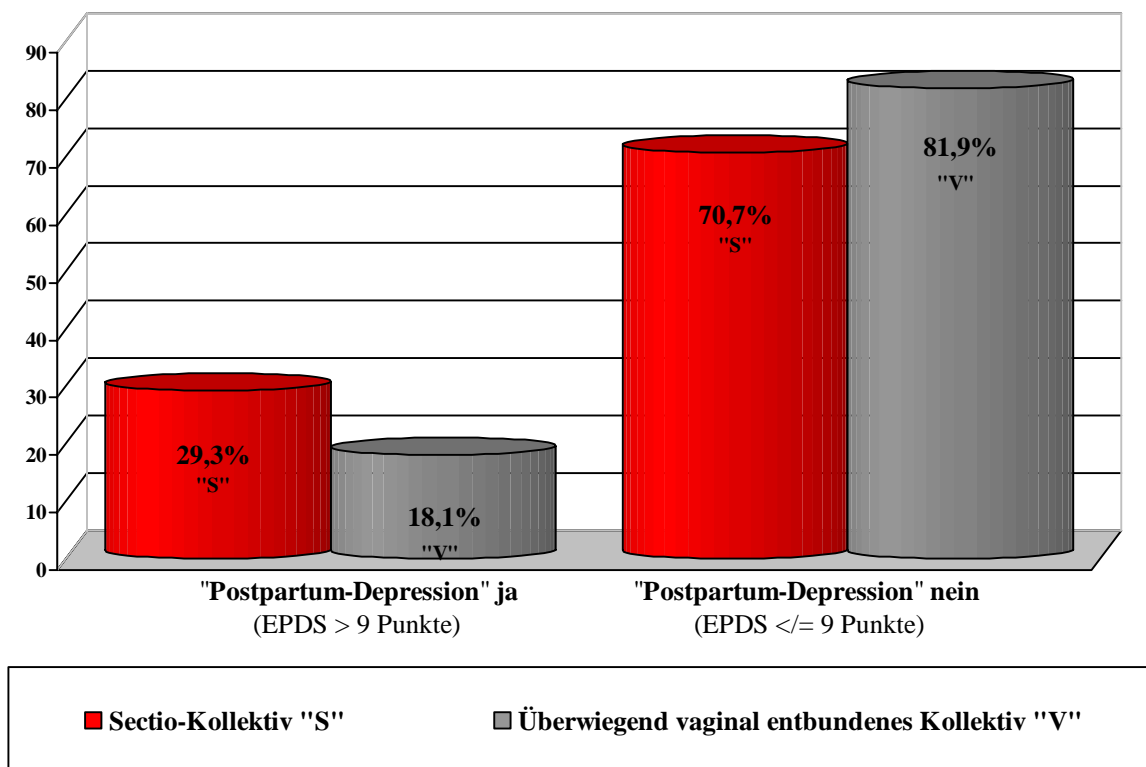
Abb. 4: Korrelation der beiden Depressivitäts-Instrumente EPDS und BDI



⁶³⁴ Siehe Kap. 3.2.3.1. (Beschreibung der standardisierten Instrumente des „Sechs-Wochen-Bogens“)

Der Ausdruck „Postpartum-Depression“ bezieht sich somit im Folgenden vorwiegend auf den Score des EPDS. Im Schnitt wiesen die Frauen im EPDS Werte von 7,14 (Standardabweichung 4,73) und im BDI von 5,52 (4,39) auf. Die Prävalenz der PPD bei den Kaiserschnitt-Müttern lag im EPDS bei 29,3% (V:18,1%) bei einem cut-off von >9 Punkten - bezogen auf die Summe der zurückgeschickten „Sechs-Wochen-Bögen“, im BDI bei einem Cut-off von <9 bei 20,0%. Dies erscheint - wie zuvor schon beim „Baby-Blues“ - im Vergleich mit der genannten Literatur eher hoch. Die Definition der cut-offs von EPDS und BDI schließt allerdings ausdrücklich milde, nicht psychotische Verlaufsformen („minor depressions“) ein. Dies wird in der Diskussion noch Gegenstand genauerer Betrachtung sein.

Abb. 5: Vergleichende Prävalenzen der PPD für S und V



Da keine „**Postpartum-Psychose**“ im vorliegenden Sectio-Kollektiv auftrat, können wir dazu keine Daten vorlegen. Im Weiteren nehmen wir diese „Störung“ deshalb aus unseren Betrachtungen heraus.

3.3.3. Zur Überprüfung von verschiedenen Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen

3.3.3.1. Hypothesengruppe I.- Medikalisierung des Geburtsverlaufs und „Baby-Blues“/Postpartum-Depressionen

Tendenziell ging ein längerer Geburtsverlauf für das gesamte Kollektiv S - definiert entweder ab dem Einsetzen regelmäßiger, muttermundwirksamer Wehen oder Blasensprung (sekundäre Sectiones) oder OP-Beginn (primäre Sectiones) - mit signifikant ($p=0,020$) erhöhtem Blues-Score einher, in V besteht hier keinerlei Zusammenhang mit der Länge der Geburt. Betrachtet man ausschließlich die sekundären Sectiones ($N=43=53,1\%$), so wird der Bezug nicht signifikant. Für die Postpartum-Depressionen ergibt sich hier kein signifikantes Ergebnis, ein Unterschied in den Scores von 6,72 (primäre Sectiones) und 7,63 (sekundäre Sectiones) kann als Tendenz gewertet werden. In V weisen die „Sectio-Mütter“ in der „Blues“-Ausprägung keinerlei Unterschied zu den vaginal entbundenen Müttern auf.

Generell weisen die durch einen geplanten Kaiserschnitt entbundenen Mütter deutlich weniger Depressivität ($N=20$ nicht depressive Mütter gegenüber nur $N=7$ „depressiven“ Müttern) als die durch einen ungeplanten Kaiserschnitt Entbundenen ($N=9$ und $N=5$) auf, wenn man die jeweiligen EPDS cut-offs betrachtet: Die Mittelwerte betragen jeweils 5,5 (St.ab. 4,20) und 8,0 (St.ab. 4,84). Beim KSc besteht ein kleiner Trend der Frauen nach sekundärer Sectio zu mehr „Blues“ (KSc 9,35/St.ab. 4,04 gegenüber 9,05/St.ab. 4,15). Es fällt auch auf, dass im „Sechs-Wochen-Bogen“ ca. doppelt so viele Frauen nach primärer Sectio ($N=27$) wie nach sekundärer Sectio ($N=14$) geantwortet haben, obwohl dieses Verhältnis bei der Erstbefragung im frühen Wochenbett nahezu ausgeglichen gewesen war bzw. die Mütter mit sekundären Sectiones sogar leicht in der Überzahl waren.

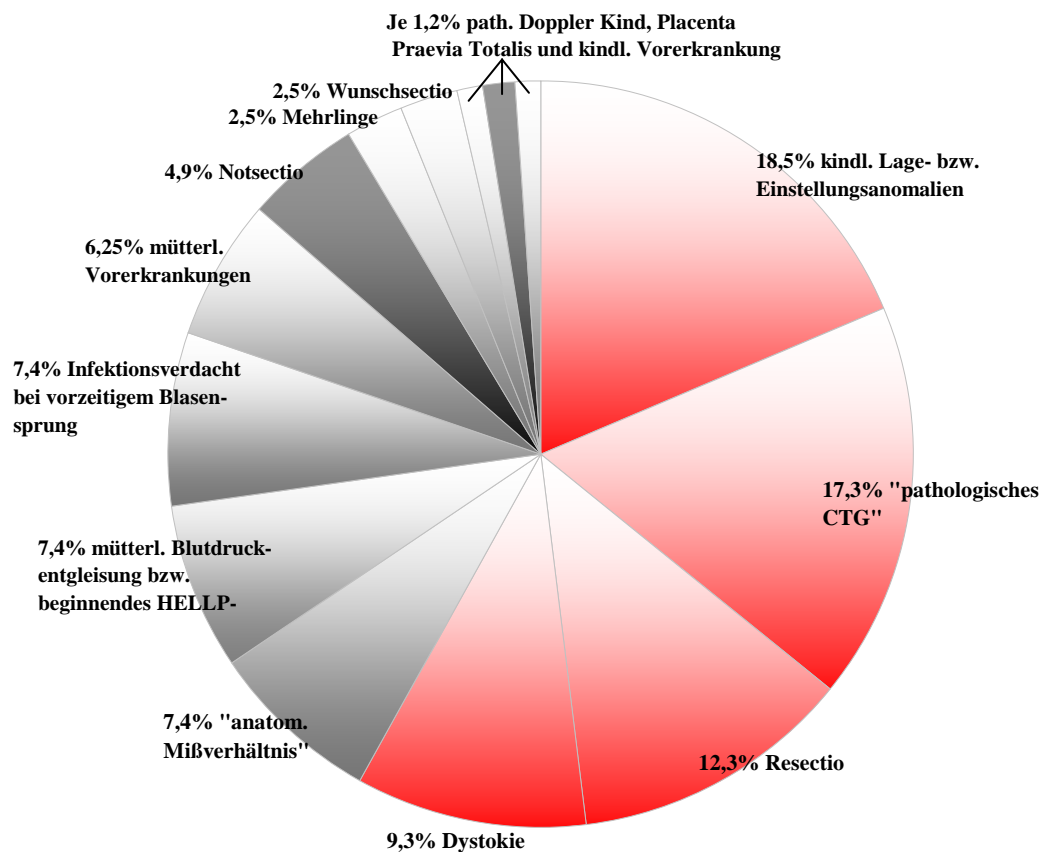
Die subjektive Empfindung der Geburtsdauer der Frauen weist weder in S noch in V einen Bezug zum Blues-Score oder zur Depressivität (Postpartum-Depressionen) später auf. Betrachtet man wiederum die sekundären Sectiones getrennt, ändert sich das Bild: es wird der Zusammenhang „je länger die Geburt empfunden wurde, desto mehr Blues“ mit $p=0,038$ signifikant. Für die Postpartum-Depression ändert sich nichts, es besteht auch für die sekundären Sectiones alleine kein Zusammenhang mit dem EPDS-Score.

„Mütterliche Indikationen“ zur Sectio machten 46,9%, „Indikationen mit Ursache beim Kind“ 53,1% der Kaiserschnitt-Entbindungen aus, so genannte „relative Indikationen“ 77,8% und die „absoluten Indikationen“ inklusive „Missverhältnis zwischen Geburtswegen und Größe des Kindes“⁶³⁵ nur 22,2%. Auffällig ist, dass die vier häufigsten Indikationen - im Schaubild rot hinterlegt, die alleine deutlich über die Hälfte aller Sectiones ausmachen, zu den relativen

⁶³⁵ Aus den Patientinnenakten wurde nicht ersichtlich, wie dieses „Missverhältnis“ diagnostisch gesichert worden war

Indikationen zählen. Eindeutige, medizinisch unstrittige absolute Sectio-Indikationen stellen den geringsten Anteil dar (*dunkelgrau*). Die restlichen, zum Teil heterogenen Indikationsgruppen stellen sich in der folgenden Grafik *hellgrau* dar.

Abb. 6: Die prozentuale Verteilung der Sectio-Indikationen



Anzumerken ist, dass nur etwas weniger als die Hälfte der Frauen, die schon vorher mittels Sectio caesarea geboren hatten, diesmal als primäre Indikation tatsächlich die „Resectio“ angegeben hatten. Ein aussagefähiger Einfluss der Indikation auf den „Baby-Blues“ oder die Postpartum-Depression ist auch aufgrund der kleinen Untergruppen nicht mit Sicherheit anzugeben.

Am häufigsten fiel die Entscheidung für die Kaiserschnitt-Entbindung „während der Geburt“ (45,0%). Es folgten „im dritten Trimenon“ (41,3%), „im zweiten Trimenon“ (7,5%) und im „ersten Trimenon“ (6,3%). Deutlich am wenigsten „Blues“ (KSc 7,40/St.ab. 2,51) hatten die Mütter, die die Sectio seit dem ersten (!) Trimenon planten, aufsteigend gefolgt von den Frauen, bei denen die Entscheidung später fiel. Am schlechtesten ging es im frühen Wochenbett

denjenigen Wöchnerinnen, bei denen die Durchführung eines Kaiserschnitts erst im Geburtsverlauf entschieden worden war (Mittelwert KSc 11,19/St.ab. 4,93). Im späten Wochenbett hatten ebenfalls die „Schnellentschlossenen“ den niedrigsten Score (3,67/St.ab. 2,89), den höchsten (9,00/St.ab. 2,83) allerdings die Mütter, die sich im zweiten Schwangerschaftsdrittel zur Sectio entschlossen oder raten ließen.

Wenn bei den Frauen der Eingriff – aus welchen Gründen auch immer – bereits fest geplant worden war (33,3%), war das Risiko, „Blues“-Symptome zu entwickeln, tendenziell vermindert. Im Durchschnitt lag ihr KSc bei 9,33(St.ab. 4,39), bei denen, die „irgendwie damit gerechnet“ hatten oder „es kommen“ sahen⁶³⁶(44,4%), bei 10,83(St.ab. 5,39) und bei den Müttern, die es vollkommen unerwartet traf (22,2%), bei 11,28 (St.ab. 4,37). Die Depressivität im späten Wochenbett folgt diesem Muster nicht ganz. Zwar hatten auch zu diesem Zeitpunkt die Wöchnerinnen mit geplanter Sectio die niedrigsten Werte (EPDS: 6,00/St.ab. 2,83), jedoch waren die deutlich höchsten Mittelwerte von 8,05(St.ab. 5,23) in der Gruppe der Frauen mit „Vorahnungen“ vertreten. Die Mittelwerte der „unerwartet betroffenen“ Mütter näherten sich mit 6,40(St.ab. 4,66) denen mit geplantem Eingriff.

Die primären Sectiones wurden tagsüber, von den sekundären Sectiones wurden 40,0% tagsüber, 20,0% „abends“ in der Zeit von 18.00h bis 21.00h und wiederum 40,0% nachts nach 21.00h durchgeführt. Auf das Auftreten der Blues-Symptomatik hat dies keinen eindeutig gerichteten Einfluss: Die Mütter, die abends entbunden wurden, hatten im Schnitt sogar deutlich niedrigere (8,71/St.ab. 5,82) Werte im KSc als die tagsüber (12,29/St.ab. 4,16) oder nachts (11,00/St.ab. 5,10) Entbundenen. Dass die Untergruppe der abends Entbundenen extra betrachtet wurde, hatte seinen Grund in der auch durch die vorliegenden Zahlen keinesfalls widerlegten Vermutung, dass die nahende Nacht Einfluss auf die Entscheidung zur (sekundären) Entbindung per Kaiserschnitt nehmen kann, da im Krankenhaus nachts die Personaldichte in der Regel auf den jeweiligen Notdienst ausgelegt ist. Dies hätte sich auch auf die Befindlichkeit der Mütter auswirken können, was nicht der Fall zu sein scheint.

Die Mütter, die an den so genannten „Wehentropf“ kamen (25,9%), hatten einen höheren Mittelwert beim KSc: 12,24/St.ab. 5,46 gegenüber 9,80/St.ab. 4,52), aber deutlich niedrigere EPDS-Scores: 5,50/St.ab. 3,73 gegenüber 7,43/St.ab. 4,87 im Schnitt. Die Durchführung einer Tokolyse korrelierte im Gegensatz dazu hochsignifikant sowohl mit dem KSc ($p=0,008$) als auch mit dem EPDS-Score ($p=0,009$). Da Genauerer nur qualitativ erfragt worden war, lässt sich nicht beweisen, dass zwischen diesen beiden Items ein ursächlicher Bezug besteht. Die betroffenen Frauen ($N=6$) gaben aber durchwegs an, dass die wehenhemmenden Medikamente subjektiv ihr Wohlbefinden unter anderem durch körperliche Symptome wie Übelkeit etc. verschlechterten.

⁶³⁶ Die Frauen drückten ihre „Vorahnungen“ auf verschiedenste Art und Weise aus. In diese Untergruppe fielen alle Frauen, bei denen der Eingriff nicht wirklich geplant, aber eventuell vorher angesprochen oder von ihr selbst angedacht worden war.

Bei denjenigen Müttern, bei denen Schmerzmittel⁶³⁷ bzw. „schmerzerleichternde Maßnahmen“ zum Einsatz kamen⁶³⁸ (33,3%), korrelierte dies hochsignifikant ($p=0,003$) mit dem Auftreten von Blues-Symptomen⁶³⁹. Es überrascht weniger, dass Schmerzmitteleinsatz und Geburtsdauer ebenfalls hochsignifikant ($p=0,006$) miteinander korrelieren. Frauen, die Schmerzmittel erhalten hatten, wiesen nicht mehr Postpartum-Depression als die Frauen ohne Schmerzmittel auf.

Der „Post-OP-Schmerz“ korrelierte tendenziell mit dem KSc, Frauen mit mehr Schmerzen aufgrund der Schnittwunde und des Heilungsprozesses neigten also eher zum „Blues“.

Die Beeinträchtigung durch Schmerzen zum Befragungszeitpunkt korrelierte hochsignifikant ($p=0,006$) mit dem Auftreten von Blues-Symptomen, nicht jedoch mit dem EPDS-Score später.

Eine PDA als alleinige Narkoseart hatten 61,7% der Frauen bekommen, eine PDA gefolgt von einer Intubationsnarkose 6,2% und die Intubationsnarkose alleine 32,1%. Aufgrund der Folgen für den gesamten Geburtsablauf werden die kombinierten Narkosen für die Statistik den Intubationsnarkosen zugerechnet (zusammen 38,3%). Auf die Ausprägung von Blues-Symptomatik hatte die Art der Narkose keinen wesentlichen Einfluss, einen minimal höheren KSc zeigen die „ITN-Mütter“. Lediglich die kombinierte Narkose war assoziiert mit einem deutlich höheren KSc. Da dies eine kleine Gruppe von $N=5$ ist und viele andere, weitaus gewichtigere Einflüsse angenommen werden können, entfällt die Deutung dieses Unterschiedes. Der Postpartum-Depression trat am ehesten bei den Müttern nach reiner ITN auf (EPDS: 9,38/St.ab. 5,22), gefolgt von den Müttern mit ITN nach PDA (7,33/St.ab. 3,06) und den „Nur-PDA-Müttern“ (5,96/St.ab. 4,33). Wenn die Gruppen wie oben zusammengefasst werden, werden die Ergebnisse noch deutlicher: Signifikant wird der Zusammenhang „wenn ITN dann hoher EPDS-Score“ mit $p=0,043$.

Wir versuchten auch, den emotionalen Zustand der Frauen nach dem Eingriff in Bezug auf die jeweilige Narkose zu erfassen:

Nach einer Vollnarkose ($N=31=100\%$) wollten die meisten Mütter (29,0%, mittlerer KSc 13,56/St.ab. 5,34) ihre Kinder nicht sofort sehen, weil es ihnen „zu schlecht ging“, weitere 25% (KSc 11,62/St.ab. 3,11) wollten ihre Kinder sehen, obwohl sie sich eigentlich überhaupt nicht gut fühlten. 16,1% (KSc 10,60/St.ab. 5,50) wollten ihr Kind nicht sofort sehen obwohl es ihnen gut ging, 25,8% (KSc 8,37/St.ab. 1,34) fühlten sich gut und wollten ihr Kind sofort sehen. 3,2% ($N=1$) konnte(n) sich in keine der angegebenen Untergruppen einordnen. Mögli-

⁶³⁷ Auch die PDA (28,4%) zählt hier als schmerzerleichternde Maßnahme, falls sie noch während bzw. wegen der Wehen angelegt worden war. Ebenfalls – jedoch in weit geringerem Ausmaß – kamen andere „schulmedizinische“ und „komplementärmedizinische“ Methoden zur Anwendung.

⁶³⁸ Gemeint ist der Einsatz von Schmerzmitteln während der sich bereits im Gang befindlichen Geburt, d.h. primäre Sectiones treten nicht in Erscheinung. Die angegebene Prozentzahl bezieht sich dennoch auf das gesamte $N=81$

⁶³⁹ In diesem Fall wurde mit dem in der Methodik angegebenen KSc cut-off gerechnet. Jedoch korreliert der Score an sich ebenfalls hochsignifikant ($p=0,008$)

cherweise nimmt damit der Zustand der Mütter unmittelbar nach dem Aufwachen aus der Narkose gleichsinnigen Einfluss auf die Stimmung im Wochenbett.

Nach einer Schmerzbetäubung alleine durch PDA ($N=51=100\%$), also „wach“ im OP, beschrieben 11,8% (KSc 13,17/St.ab. 5,63) der Wöchnerinnen dieses „Erlebnis“ als eine „negativ empfundene Belastung“, 19,6% (KSc 9,40/St.ab. 2,22) als „Belastung, aber schön“, 1,2% ($N=1$, KSc 20,00) war(en) sich über ihre Gefühle dazu nicht recht im Klaren und 66,7% (KSc 9,52/St.ab. 5,28) äußerten sich uneingeschränkt positiv. Damit gilt auch für diese Narkoseart, dass ein Bezug zur Stimmung im frühen Wochenbett aufgrund der deutlichen Tendenz wahrscheinlich ist.

In Bezug auf die EPDS-Ergebnisse ergibt sich das gleiche Bild für beide Narkoseformen: Frauen, die später weniger zu Depressivität neigten, hatten einen positiveren emotionalen Outcome in Bezug auf die bei ihnen gewählte Narkoseart.

Die Wöchnerinnen wurden ebenfalls gefragt, ob ihre Wünsche vor und während des Geburtsverlaufes ausreichend berücksichtigt worden waren. 19,8% verneinten dies deutlich, viele Frauen brachte diese Frage womöglich das erste Mal seit der Geburt auch zu einer eigenen, „inneren“ Stellungnahme zu diesem Thema, positive Antworten wurden oft mit Bedingungssatz verknüpft, z.B. „Ja, wenn nicht...“ und „Eigentlich schon, aber...“. Da in unserem Fragebogen nur dichotome Antwortmöglichkeiten vorgesehen waren, wurden solche Antworten als „ja“ gewertet. Deutlich höhere mittlere „Blues“ und sogar PPD-Scores (12,81/St.ab. 5,47 und 8,40/St.ab. 4,52 im Vergleich zu 9,85/St.ab. 4,55 und 6,74/St.ab. 4,80) hatten erwarteterweise diejenigen Mütter, deren Wünsche in dieser Phase nicht genügend berücksichtigt worden waren.

Insgesamt, also auch momentan, hatten sich „sehr ernst genommen“ 55,6%, „eher ernst genommen“ 28,4%, „weder noch“ 13,6%, „eher nicht ernst genommen“ und „gar nicht ernst genommen“ jeweils 1,2% ($N=1$) gefühlt. Es überrascht nicht, dass das Gefühl, während der ganzen Dauer des Aufenthaltes außerhalb seiner eigenen Privatsphäre ernst genommen worden zu sein, bis auf eine „Ausreißerin“ linear mit dem KSc zusammenhängt: Je ausgeprägter dieses Gefühl war, desto weniger „Blues“ trat bei den Müttern im frühen Wochenbett auf. Die Korrelation ist mit $p=0,005$ hochsignifikant. In Bezug auf die Depressivität kann kein eindeutiger Einfluss festgestellt werden. Dieses Item korreliert außerdem signifikant ($p=0,032$) und gleichsinnig mit der Erfüllung der Wünsche der Mutter während und unmittelbar vor der Geburt im Laufe des stationären Aufenthaltes, welches im „Sechs-Wochen-Bogen“ noch einmal nacherhoben worden war.

Die Reaktion der Mütter auf die Mitteilung der Entscheidung ärztlicherseits zum Eingriff reichte von „sehr beunruhigt“ (16,0%) über „eher beunruhigt“ (11,1%), „weder noch“ (23,5%), „eher erleichtert“ (13,6%) und „sehr erleichtert“ (35,8%). Diejenigen Frauen, die die Entscheidung beunruhigte, wiesen eine leichte Tendenz zu mehr „Blues“ auf, jedoch hatten

die Mütter, die „weder noch“ angegeben hatten, im Mittel den niedrigsten KSc. Zum EPDS-Score kann kein eindeutiger Bezug nachgewiesen werden.

Das Gefühl, „etwas verpasst zu haben“, korrelierte hochsignifikant ($p=0,000$) mit dem Maß der Enttäuschung der Mütter über die Tatsache, per Kaiserschnitt entbunden worden zu sein, ebenfalls hochsignifikant ($p=0,004$) mit dem KSc und signifikant ($p=0,044$) mit dem EPDS-Score. 34,6% bezeichneten sich als „sehr enttäuscht“, 9,9% als „eher enttäuscht“, „weder noch“ wurde in 17,3% der Fälle angegeben, und 13,6% bzw. 24,7% der Antworten entfiel auf „eher nicht enttäuscht“ und „überhaupt nicht enttäuscht“. Anders formuliert konnten schon im frühen Wochenbett nur knapp ein Viertel der Frauen angeben, überhaupt nicht enttäuscht zu sein von der Tatsache, ihr/e Kind/er per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht zu haben. Mütter, die ihre erste Sectio (71,6%) hinter sich hatten, unterschieden sich nicht von denjenigen, die davor schon (eine) Sectio/nes (28,4%) erlebt hatten, obwohl „Resectio-Mütter“ - direkt auf ein etwa vorhandenes Gefühl von Enttäuschung angesprochen - eher ausweichend, aber wiederholt angaben, eher beim ersten Kaiserschnitt enttäuscht gewesen zu sein und sich jetzt „schon eher damit abgefunden“ zu haben. Natürlich gab es auch Mütter, die diese „Unterstellung“ von Enttäuschung über den Geburtsmodus zum Teil sogar entrüstet von sich wiesen. Mit dem „Blues“ korreliert das Ausmaß der Enttäuschung gleichsinnig und mit $p=0,08$ fast signifikant, für die Postpartum-Depression ebenso gleichsinnig und sogar signifikant ($p=0,044$).

Auf unsere Frage nach dem Gefühl, „etwas verpasst zu haben“⁶⁴⁰, antworteten 23,5% mit „sehr ausgeprägt“, 17,3% „eher schon“, 11,1% „nicht unbedingt“, 14,8% „eher nicht“ und 33,3% „überhaupt nicht“. Bei der freien Frage nach dem, was verpasst wurde oder worden sein könnte, wurde übereinstimmend von *allen*⁶⁴¹ Frauen in irgendeiner Art und Weise die „natürliche Geburt“ mit ihren Möglichkeiten des Erstkontaktes zum Kind oder den Kindern (und zum Vater!) angegeben. Einige äußerten an dieser Stelle auch die vermisste „Ruhe“ und „Intimität“ mit Vater und Kind/ern. KSc und EPDS fielen in gleicher Richtung wie beim Item „Enttäuschung“ aus, jedoch hochsignifikant ($p=0,003$) für den KSc und signifikant ($p=0,018$) für den EPDS-Score. Der BDI wies bei diesem gesamten Unterthema keinerlei Bezug zu den Items auf.

Um diesen sensiblen Sachverhalt näher untersuchen zu können, müssten in allererster Linie qualitative Studien durchgeführt werden.

Tendenziell erreichten Mütter, die zum Untersuchungszeitpunkt schon mehr als eine Kaiserschnitt-Entbindung hinter sich hatten, nicht so hohe Blues-Werte wie die Wöchnerinnen, die

⁶⁴⁰ Vgl. im Literaturteil die entsprechenden Ausführungen zur Hypothesengruppe I zur zunehmenden Medikalisierung der Geburt (Kap. 2.1.4.)

⁶⁴¹ D.h. allen Müttern, die diese Frage beantworteten. Einige Mütter, die angaben, „nichts“ oder „überhaupt nichts verpasst“ zu haben, weigerten sich, diese Frage zu beantworten, die aber durchaus auch „theoretisch“, d.h. nicht aus ihrer eigenen Perspektive, zu beantworten war

zum ersten Mal per Sectio entbunden hatten (KSc 9,22/St.ab. 4,99 gegenüber 10,91/St.ab. 4,77).

Insgesamt beurteilten die Frauen das Geburtsgeschehen eher „schlechter als erwartet“ (41,8%). Im Gegensatz dazu erlebten 34,2% die Entbindung „schöner als erwartet“. „Weder noch“ antworteten 24,1%. Mit dem „Blues“ ergab sich ein linearer Zusammenhang: Je positiver die Mütter das Geburtsgeschehen bewerteten, desto weniger „Baby-Blues“ trat bei ihnen auf. Die Depressivität wies keinen erkennbaren Zusammenhang zu diesem Item auf.

Nach den Jahreszeiten „erster Winter“ (N=20), „Sommer“⁶⁴² (N=30), „Herbst“ (N=16) und „Zweiter Winter“ (N=15) geordnet betrachtet, wiesen die Mütter des ersten Winters im Mittel mit 11,75 (St.ab.4,80) am meisten „Blues“ auf, gefolgt von den Wöchnerinnen des Sommers mit 10,67 (St.ab. 4,98) und denen des Herbstes (9,93/St.ab. 4,86) und schließlich des zweiten Winters (8,73/St.ab. 4,62). Die Jahreszeit als solche scheint die Stimmungslage der Mütter nicht zu beeinflussen, dass die Frauen im ersten Winter und anschließend im Sommer den meisten Blues haben, könnte auf einen zeitlich begrenzten Einfluss hinweisen: Mehrere Mütter äußerten im Verlauf des Interviews Sorgen⁶⁴³ bezüglich der zum damaligen Zeitpunkt eskalierten Balkan-Konflikte⁶⁴⁴.

3.3.3.2. Hypothesengruppe II.- Körperkontakt (KK) zwischen Mutter und Kind und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

1. Unmittelbar nach der Geburt

Nur 25,9% (V: 67,0%) der Frauen hatten unmittelbar nach der Geburt (8,5%, V: 61,0%) bzw. nach **kurzer** Untersuchung des Kindes (17,1%, V: 7,0%) Körperkontakt mit ihrem Kind. Als „Körperkontakt“ wurde selbst eine kurze Berührung mit dem Finger gewertet. Dies ist natürlich zum Teil auf die OP-Situation zurückführbar, jedoch sollte man meinen, dass bei einem Anteil von ca. 2/3 PDA-Narkosen dieser wichtige erste Moment der Beziehungsaufnahme post partum für mehr Frauen möglich sein müsste. 47,6% (V: 12%) der Kinder wurden sofort aus dem Raum gebracht, der Grund dafür wurde im Einzelnen nicht erfasst. Im Durchschnitt dauerte der KK 2,33 h, im Median 2,0 h (V: 2,44 h und 2,0 h). Interessanterweise unterscheidet sich diese Dauer in beiden Kollektiven nicht wesentlich. Es korrelieren weder KSc noch EPDS in Kollektiv S signifikant mit der Dauer des Körperkontaktes. Als Aussage für Gruppe S kann getroffen werden: Wenn die Dauer des ersten überhaupt stattgefundenen Körperkontaktes in Untergruppen (kurz = ca. 5 Min., ca. ½ h, ½ bis 1 h, 1 bis 2 h, länger als 2 h) aufgeteilt und mit KSc korreliert wird, sind die Blues-Scores umso niedriger, je länger dieser Kon-

⁶⁴² Im Frühling erfolgte so gut wie keine Datenerhebung, die wenigen Fälle im März wurden dem ersten Winter zugerechnet

⁶⁴³ „In diese Welt kann man doch keine Kinder setzen“ u.ä.

⁶⁴⁴ Kosovo-Krieg 1998/99

takt dauerte. Kontrolliert mit den Einflussvariablen „krankes/behandlungsbedürftiges Kind“ und „Narkoseart“ wird dieses Ergebnis sogar signifikant. Zwischen „Gesundheit des Kindes“ und Blues-Score besteht überraschenderweise kein nennenswerter Zusammenhang (-,149), ebenfalls nicht zwischen Narkoseart und Blues (-,162). Der Zusammenhang von kindlicher Gesundheit und Narkoseart ist etwas stärker (-,352) und hochsignifikant ($p=0,001$), so dass interpretiert werden kann, dass die „ITN-Mütter“ weniger gesunde Kinder haben als die Mütter, die „nur“ eine PDA bekommen hatten. Dass dieses Ergebnis mit der speziellen Risikostruktur eines Sectio-Klientels zusammenhängt, kann angenommen werden, es war jedoch nicht Gegenstand dieser Studie, dies näher zu untersuchen. Interessant ist auch die Tatsache, dass die Narkoseart statistisch gesehen keinen (-,072) – im *Einzelfall* jedoch zum Teil erheblichen – Einfluss auf die Dauer des frühen Körperkontaktes hatte. Zwischen der Gesundheit des Kindes und dem Körperkontakt besteht ein schwacher positiver Zusammenhang (,208), der gleichwohl signifikant ist.

In der Kontrollgruppe V hatten ebenfalls die Mütter mit kürzerem frühen KK tendenziell mehr Blues. Dieses Ergebnis stimmt also für beide Gruppen überein.

Denjenigen Frauen ($N=7$), denen unmittelbar nach der Geburt KK mit ihrem Kind ermöglicht worden war, hatten im Schnitt einen um einen Punktwert niedrigeren Blues-Score als die anderen Frauen. 14 Frauen hatten nach kurzer Untersuchung (ca. 5-10 Min.), 17 Mütter nach 10 Min. bis 1 h, 3 nach einer etwas längeren Zeit als 1 h den ersten KK. Bei 40 Frauen wurde das Kind sofort aus dem Raum gebracht. Der Mittelwert derer, die das Kind später als 1 h nach der Geburt und erst Stunden später sehen und KK herstellen konnten, unterschied sich nicht wesentlich voneinander (10,88 und 10,72). Die Dauer des ersten KK betrug bei 41,8% der Mütter nur ca. 5 Minuten, bei 20,3% war immerhin $\frac{1}{2}$ Stunde möglich, 11,4% hatten $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde Zeit, länger als eine und länger als zwei Stunden konnten 16,5% und 10,1% der Frauen ihre/e Kind/der behalten.

Mit dem EPDS-Score weisen die Items „Behandlungsbedürftigkeit des Kindes“ (-,296; $p = 0,30$), Narkoseart (,317; $p = 0,22$) und Dauer des frühen KK (-,374; $p = 0,08$) schwache Zusammenhänge auf, von denen zwei signifikant sind: Je gesünder das Kind, desto weniger mütterliche Depressivität im späten Wochenbett; tendenziell mehr Depressivität in Zusammenhang mit ITN-Narkosen und um so mehr Depressivität, je kürzer der erste Körperkontakt nach der Geburt war.

Die Mütter ($N=19$), deren Kind/er nach der Geburt sofort aus dem Raum gebracht wurde/n, wiesen im Schnitt einen um bis zu vier Punkte höheren EPDS-Score auf als die anderen Mütter.

2. Frühes Wochenbett

Der tägliche KK in der ersten Woche betrug im Schnitt 3,52 h (V: 8,8 h), im Median 3,0 h (V: 6,0 h), offensichtlich unterscheiden sich die Kollektive in diesem Item beträchtlich. Die Dauer korrelierte weder in Kollektiv S noch in V mit der Menge des täglichen Körperkontaktes im

späten Wochenbett oder mit der Dauer des ersten KK nach der Geburt. Auch Blues („BB“) und Depressivität (PPD) wiesen keinerlei Zusammenhang mit der Menge des täglichen Körperkontaktes zwischen Mutter und Kind/ern auf.

3. Spätes Wochenbett und die Zeit danach

Die durchschnittliche Dauer des täglichen KK lag bei 7,9 h (V:8,3 h), im Median 7,0 h (V: 7,0 h). Später scheint sich die Menge des täglichen KK in beiden Kollektiven aneinander anzuleichen. Für die Zeit zu Hause gelten die gleichen Aussagen wie für das frühe Wochenbett: auch in dieser Zeitspanne wiesen Körperkontakt und Postpartum-Depression keinerlei Zusammenhang auf.

3.3.3.3. Hypothesengruppe III. - Stillen und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Bei der Erhebung zum Thema Stillen zeigte sich, dass relativ viele Frauen (N=20) Muttermilch abpumpten, da aus verschiedensten Gründen das Anlegen des Kindes oder der Kinder (zu klein, beatmet, I.-V.-Therapie) noch nicht möglich war, die Frauen aber prinzipiell gerne stillen wollten. Diese Frauen wurden demzufolge nicht zu den bereits stillenden Müttern gezählt, sondern als eigene Untergruppe erfasst. Dennoch zählte diese Beeinträchtigung der Stillbeziehung selbstverständlich zu den „Still Schwierigkeiten“, so dass die Frage danach durchaus mit „ja“ beantwortet werden konnte, obwohl die Frage nach dem „klassischen“ Stillen mit „nein“ beantwortet worden war. „Probleme mit dem Stillen“ gaben immerhin 51,8% der Mütter an, und für nur 3,6% dieser Frauen bedeuteten diese Schwierigkeiten keine Belastung. Dagegen fühlten sich 7,1% „etwas“, 46,4% „mittelgradig“, 17,9% „ziemlich“ und immerhin 25,0% durch die Stillschwierigkeiten **sehr** belastet. Von den Wöchnerinnen, die Flasche fütterten oder abpumpten, gaben 54,5% an, dass sie sich – auf das Stillen bezogen – enttäuscht fühlten.

Unerwarteterweise hatten die Mütter, die tatsächlich stillten (64,2%) im Schnitt tendenziell höhere Blues-Scores (10,90/St.ab. 5,04) als diejenigen, die abpumpten (24,7%) und auch als diejenigen, die ausschließlich mit der Flasche fütterten (11,1%) (zusammen im Mittel 9,59/St.ab. 4,48). Dies entspricht nicht den Ergebnissen in V, hier neigten eher die nicht stillenden Mütter zum „Blues“. Im EPDS zeigte sich ein umgekehrtes Ergebnis: Der Mittelwert der zu Hause stillenden Frauen lag mit 6,69/St.ab. 4,06 tendenziell über dem (8,25/St.ab. 6,12) der in der später nicht stillenden Mütter. In V war dieses Ergebnis mit $p=0,035$ signifikant.

Die Frauen, die abpumpten, hatten interessanterweise gegenüber den anderen beiden Untergruppen einen etwas niedrigeren KSc (Mittelwerte 9,4/St.ab. 4,29 und 10,75/St.ab. 5,02). Stillprobleme im frühen Wochenbett korrelierten weder mit dem KSc noch mit dem EPDS-Score. Es ergibt sich auch kein Zusammenhang zwischen Stillschwierigkeiten im frühen und im spä-

ten Wochenbett. Die Erfassung der Dauer der Stillbeziehung im „Sechs-Wochen-Bogen“ erfolgte bedauerlicherweise nur sehr lückenhaft, statistische Aussagen können nicht getroffen werden. Nur 28,9% der Mütter, die im späten Wochenbett den Fragebogen beantwortet hatten, stillten zu diesem Zeitpunkt noch. Eine deutliche Tendenz zu niedrigeren EPDS-Scores der noch stillenden Mütter im Vergleich zu denen, die nicht (mehr) stillten, zeigt sich bei der Betrachtung der Mittelwerte (6,69/St.ab. 4,06 versus 8,25/St.ab. 6,12). Die meisten dieser Stillbeziehungen scheinen damit die laut eigener Aussage der Frauen zunächst oft angestrebte und auch mittlerweile medizinisch allgemein propagierte⁶⁴⁵ Dauer von einem halben Jahr nicht zu erreichen. 39,4% der Frauen geben in S auch im späten Wochenbett „Stillprobleme“ an und neigen im Vergleich eher zu Depressivität (Mittelwerte 7,42/St.ab. 4,68 versus 6,72/St.ab. 4,21). Um diesen wichtigen Sachverhalt näher aufklären zu können, wären eigens in diese Richtung angelegte Studien wünschenswert und zeitgemäß.

3.3.3.4. Hypothesengruppe IV. - Seklusion im Wochenbett und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

55,6% der Mütter schliefen während des frühen Wochenbettes nicht gut, was mit mehr „Blues“ (KSc im Mittel 11,02/St.ab. 4,96 versus 9,69/St.ab. 4,70) und auch mit mehr Postpartum-Depression (EPDS-Score im Mittel 7,91/St.ab. 5,30 versus 6,17/St.ab. 3,81) später einherging. Bezüglich des Einschlafens waren die Zahlen ähnlich, 44,4% konnten nicht gut einschlafen. Als Gründe (freie Frage) – das „nicht einschlafen können“ wegen des Kindes oder der Kinder wurde hier nicht berücksichtigt- wurde z.B. von ca. einem Drittel der betroffenen Frauen „weiß nicht“ angegeben. Ungefähr ein weiteres Drittel gab „Schmerzen“ der verschiedensten Art, meist Narben- oder Rückenschmerzen an. Drei Frauen störte hauptsächlich die Stationsroutine, vier weiteren machten vor allem die Betten zu schaffen, die zum Teil noch nicht elektrisch bedient werden konnten, zwei Frauen konnten vor lauter „Grübeln“ nicht einschlafen und zwei weitere fühlten sich abends „zu aufgekratzt“. In Einzelfällen wurde noch Folgendes angegeben: „geht mir auch zuhause so“, „zu warm im Zimmer“, „zu fertig“. Auch das schlechtere Einschlafen ging im Schnitt mit mehr „Blues“ (KSc 11,47/St.ab. 5,36 gegenüber 9,66/St.ab. 4,34), aber nicht mit mehr Postpartum-Depression später einher.

Im Mittel wachten die Frauen 3,44 Mal pro Nacht auf (Median 3,0). 7,4% (N=6) der Mütter gaben an, bis zu 10 Mal pro Nacht aufzuwachen. Fünf Mal und öfter wachten immerhin 23,5% der Wöchnerinnen auf. Die Mütter, die am wenigsten aufwachten, neigten nicht weniger zu „Blues“-Symptomatik (16,0%; KSc 10,38/St.ab. 4,61), diejenigen jedoch, die sehr oft aufwachten, entwickelten den meisten „Blues“ (23,5%; KSc im Mittel 12,37/St.ab. 5,88). Mit einem KSc von 9,69/St.ab. 4,37 (60,5%) ging es denen, die zwei bis vier Mal aufwachten, im frühen Wochenbett am besten. Bei der Ausprägung der Depressivität im späten Wochenbett finden sich keine relevanten Unterschiede.

⁶⁴⁵ U.a. von AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services)

Als Gründe für das Aufwachen aus dem Schlaf gaben 18,7% das oder die Kinder an, 5,3% die Zimmernachbarin oder deren Kind/der, weitere 5,3% „Sorgen, Grübeln“ („G“) an, 6,1% „Krankenhaussituation“ („KH“), 14,7% das eigene Kind („K“) oder Kinder *und* die Nachbarin („N“) bzw. deren Kind/der, 10,7% das eigene Kind bzw. Kinder *und* die „Krankenhaussituation“, 9,3% Kind/der *und* Grübeln, 4,0% die Nachbarin bzw. deren Kind/der *und* Grübeln, 1,2% die „Krankenhaussituation“ *und* Grübeln, 2,7% „starke Schmerzen“ („S“) und 21,3% „anderes“. Anders formuliert wachten insgesamt 53,4% wegen ihrem Kind oder ihren Kindern, 24,0% wegen der Nachbarin bzw. deren Kind/ern, 18,0% wegen der „Krankenhaussituation“, 18,6% wegen „Grübeln“ und die schon erwähnten 2,7%⁶⁴⁶ wegen „starker Schmerzen“ auf. Diejenigen Mütter, die unter anderem wegen „Grübeln“ aufwachten, neigten tendenziell zu einem höheren KSc, ebenso die, die sich unter anderem vom Krankenhausbetrieb und/oder den Nachbarinnen gestört fühlten. Als durchschnittlicher KSc stellte sich in den jeweiligen Untergruppen dar: KH und G (N=1) 22,0; N und G 15,33/St.ab. 5,03; N 13,50/St.ab. 6,14; K und KH 11,75/St.ab. 3,06; KH 11,25/St.ab. 3,30; K und N 10,91/St.ab. 6,22; K und G 10,71/St.ab. 3,05; K 10,14/St.ab. 4,45; „anderes“ 8,38/St.ab. 3,65; S 5,50/St.ab. 3,53. Merkwürdigerweise ging es den Frauen, die wegen Schmerzen aufwachten, am besten, allerdings ergibt sich durch N=2 für diese Untergruppe keinerlei statistische Aussage.

Im EPDS fällt auf, dass mit einem Mittelwert von 11,50 (St.ab. 4,95) die Frauen, die nachts „grübeln“ und sich Sorgen machen, am ehesten zur Postpartum-Depression im späten Wochenbett neigten. Als einzige weitere Untergruppe heben sich diejenigen Mütter ab, die angaben, sich unter anderem durch die „Krankenhaussituation“ nachts beeinträchtigt fühlten: Mit einem EPDS-Score von durchschnittlich 11,33 (St.ab. 5,86) wiesen sie später am zweithäufigsten depressive Symptome auf. Mütter, die „nur“ wegen ihrem Kind aufwachten, lagen beim EPDS im Mittel bei 7,71 (St.ab. 3,77).

Durch das Aufwachen belastet fühlten sich 34,6% der Wöchnerinnen, deutlich mehr „Blues“ (mittlere KSc 12,37/St.ab. 4,55) trat in dieser Untergruppe im Vergleich mit denjenigen auf, die das Aufwachen nicht beeinträchtigte (KSc 9,68/St.ab. 4,79). Mit $p=0,019$ war dieser Unterschied signifikant. Im EPDS zeigte sich die gleiche Tendenz: Die Werte lagen im Mittel bei 7,73 (St.ab. 5,81) gegenüber 6,93 (St.ab. 4,36).

Die Wöchnerinnen empfingen täglich bis zu sechs Besucher, im Schnitt 2,77 (St.ab. 0,95), wobei der Partner/Vater des Kindes nicht mitgerechnet worden war. Dies stützt sich auf unsere Hypothesen, wonach der die Mütter eher strapazierende Besuch im Gegensatz zur eher als hilfreich und die Wöchnerinnen unterstützend geltenden Anwesenheit des Kindsvaters, welche von uns demzufolge getrennt betrachtet worden war.

Diese Besuche durch „Sonstige“ dauerten durchschnittlich 3,22 h (St.ab. 1,29) pro Tag. In V war diese Besucherzahl - jeweils wiederum im Schnitt - mit 3,7 höher und die Besuchsdauer

⁶⁴⁶ Im Abgleich mit den ergänzenden persönlichen Aufzeichnungen über die Interviews stellt sich bezüglich des Auftretens von Schmerzen und der Beeinträchtigung durch diese eine Diskrepanz im Sinne einer Unterrepräsentierung in diesem Zusammenhang dar.

mit 3,09 h in etwa gleich. Von den Frauen wurde der Besuch tendenziell als zu zahlreich und zu lange dauernd empfunden. 26,7% (V: 31%) gaben an, sich den Besuch bewusst einzuteilen bzw. Einfluss auf das „Besuchtwerden“ zu nehmen. Diejenigen, die Einfluss auf den Besuch nahmen, hatten minimal höhere Blues-Scores (10,88; St.ab. 4,84) als diejenigen, die den Besuch nicht regelten (10,23; St.ab. 4,94). Im EPDS spiegelt sich ein ähnliches Ergebnis mit 6,88 (St.ab. 4,43) und 7,56 (St.ab. 5,27) wieder. Nur 3,7% der Frauen gaben an, „eher zu kurz“ besucht zu werden, im Gegensatz zu 22,2%, die ihre Besuche „eher zu lang“ fanden. 69,1% gaben bei dieser Frage „weder noch“ an. „Eher zu wenig“ fanden sich nur 2,5% besucht, „eher zu viel“ dagegen 18,5%. „weder noch“ wählten bei dieser Frage 72,2%.

Obwohl sich in V keinerlei statistischer Zusammenhang zwischen objektivem Besuch und subjektiven Einschätzungen über den Besuch weder mit dem KSc, noch dem EPDS und auch nicht mit dem BDI zeigte, kann man in S mehrere Aussagen treffen: Je mehr Besucher eine Wöchnerin hatte, desto weniger (signifikant mit $p=0,010$) und desto kürzer (signifikant mit $p=0,002$) hätte sie sich die Besuche gewünscht. Frauen mit einem höheren EPDS-Score im späten Wochenbett hatten ihren Besuch im frühen Wochenbett tendenziell als zu lang empfunden. Signifikant ($p=0,010$) korrelierte das Empfinden der Frauen mit der tatsächlichen Besucherzahl, hochsignifikant ($p=0,002$) das Empfinden über die Länge des Besuchs mit der Besucheranzahl, aber überraschenderweise beides nicht mit der objektiven Dauer der Besuche.

Die meisten Frauen waren mit der Klinik insgesamt „sehr zufrieden“ (39,5%) oder „eher schon zufrieden“ (38,3%). „Weder noch“ gaben 14,8% an, „eher nicht“ 6,2% und „gar nicht“ 1,2% (N=1). Letztere Mutter wies einen KSc von 22,0 auf, die Mittelwerte der anderen Gruppen korrelieren hochsignifikant ($p=0,000$) gleichsinnig mit der Neigung zum „Blues“: Je unzufriedener die Frauen mit der Klinik sind, desto höher ist ihr KSc. Im späten Wochenbett hatte dies auf das Ergebnis des EPDS keinen Einfluss mehr.

Mit dem Zimmer bzw. seiner Ausstattung waren zusammengefasst 69,2% „zufrieden“ und „eher zufrieden“, 19,8% antworteten mit „weder noch“ und insgesamt 11,1% waren „eher nicht“ und „gar nicht“ zufrieden. Der Zusammenhang mit dem Blues war wiederum gleichsinnig - je unzufriedener desto mehr „Blues“ - und mit $p=0,001$ hochsignifikant.

43,2% der befragten Frauen waren alleine untergebracht. Diese Frauen hatten deutlich niedrigere KSc-Mittelwerte: 9,35 (St.ab. 4,48). Von den anderen Müttern (56,8%; mittlerer KSc 11,21/St.ab. 5,02), die in Zweibettzimmern untergebracht waren, waren 18,5% und 23,5% „sehr“ und „eher“ zufrieden mit ihrer Zimmergenossin, 12,3% „weder noch“, und 2,5% „unzufrieden“. Diese Zufriedenheit korrelierte signifikant ($p=0,043$) und gleichsinnig mit dem Auftreten von „Blues-Symptomen: Je zufriedener, desto weniger „Blues“.

Auch die Zufriedenheit der Wöchnerinnen mit der Betreuung im frühen Wochenbett durch das Personal insgesamt wurde erfragt. Als „sehr“ und „eher schon“ zufrieden bezeichneten sich mit 39,5% und 29,6% die Mehrheit der Mütter, „weder noch“ gaben 16,0% an, „eher nicht“ und „gar nicht“ 9,9% bzw. 4,9%. Auch hier ergibt sich mit $p=0,000$ ein hochsignifikan-

ter Zusammenhang. Betrachtet man die Zahlen an sich, äußert sich bei der letzten Frage am ehesten Unzufriedenheit.

22,2% der Mütter würden lieber früher als geplant entlassen werden, nur 7,4% noch länger als geplant bleiben. Die Mehrheit von 67,9% ist mit dem vereinbarten Entlasszeitpunkt einverstanden. Letztere weisen auch den niedrigsten mittleren KSc (9,72/St.ab. 4,49) von allen auf. Mit durchschnittlich 11,94 (St.ab. 5,48 im KSc) geht es denen, die lieber früher nach Hause möchten, am schlechtesten in Bezug auf den „Blues“, dazwischen (KSc 10,67/St.ab. 5,85) liegen diejenigen, die noch länger stationär bleiben möchten.

3.3.3.5. Hypothesengruppe V. – Umgang/Probleme mit dem Kind und „Baby-Blues“/ Postpartum-Depression

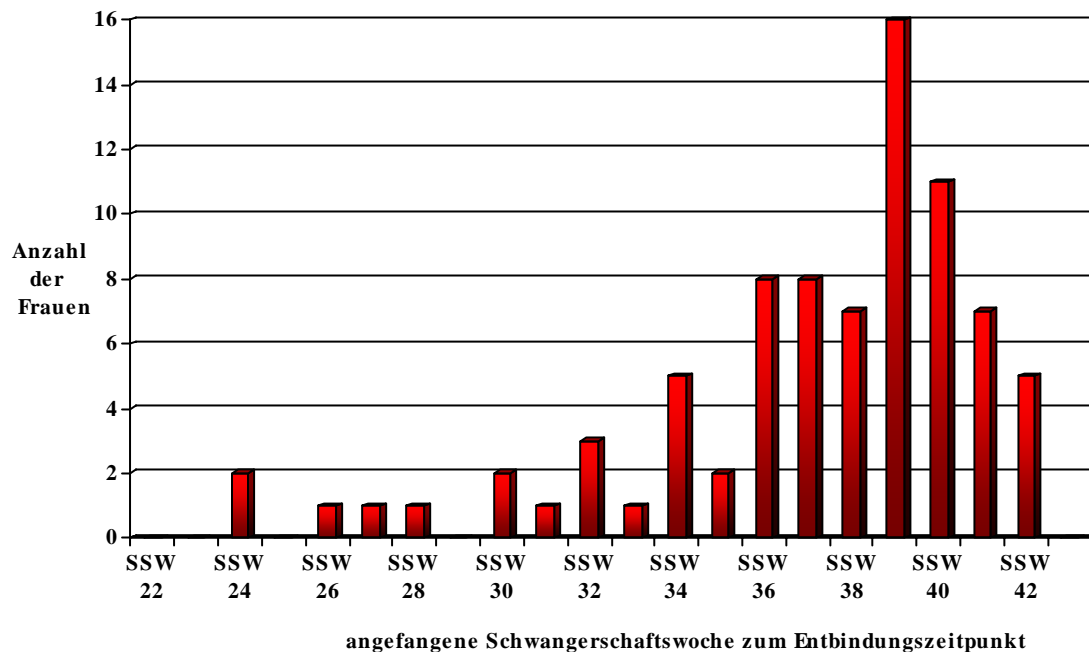
32,1% (V: 8,1%) der Kinder waren gar nicht - auch nicht teilweise, z. B. tagsüber - im Zimmer bei ihren Müttern untergebracht, d.h. befanden sich in einem „therapiepflichtigen“ Gesundheitszustand bzw. waren Frühgeborene. Das „Rooming-in“-Angebot nutzten 34,6% (V: 56,6%), „bedding-in“ machten nur⁶⁴⁷ 2,5% (V:3,0%). Tagsüber im Zimmer der Mutter und nachts im Kinderzimmer waren 30,9% (32,3%) der Kinder untergebracht. Die Untergruppen „rooming-in“ und „bedding-in“ wurden im Folgenden zusammengefasst. Interessant war, dass die Mütter, die ihre Kinder nachts abgaben, am ehesten (11,4/St.ab. 5,05) zu „Blues“ neigten, die Mütter der Kinder, die ganz woanders untergebracht waren, am wenigsten (9,88/St.ab. 4,46). Die Frauen mit „rooming/bedding-in“ lagen mit durchschnittlich 10,10/St.ab. 5,08) dazwischen. Im EPDS zeigten die „rooming/bedding-in“-Mütter allerdings signifikant ($p=0,005$) weniger Depressivität (Mittelwert 4,76/St.ab. 4,27) als die Mütter, die die Kinder nachts „abgegeben“ hatten (7,33/St.ab. 3,60). Den höchsten Wert mit durchschnittlich 10,33/St.ab. 4,70) hatten die Frauen mit den Kindern, die nicht bei ihnen untergebracht sein konnten. Im BDI spiegelt sich das gleiche Bild wie im EPDS wieder.

In Hinsicht auf den „Blues“ ergaben sich in V keine relevanten Unterschiede zwischen den genannten Untergruppen.

Die Kinder in Kollektiv S waren zwischen der 24. und der 42. Schwangerschaftswoche geboren worden, die dargestellte Grafik entspricht einer asymmetrischen Normalverteilung:

⁶⁴⁷ In Anbetracht des Vorhandenseins lediglich üblicher, d.h. nicht ausreichend breiter Krankenhausbetten erscheint dies nicht nur verständlich, sondern sogar vernünftig, wurde aber von den Frauen selbst zum Teil sehr bedauert, denn die Kaiserschnittmütter fühlten sich nach der Entbindung durch die Schnittwunde und eventuell vorhandene Infusionen und Schmerzkatheter körperlich erheblich eingeschränkt. Mehrere Mütter hätten ihr/e Kind/er lieber bei sich im Bett gehabt, denn das Herausheben aus den üblichen - vom Bett aus zu hohen - Kinderbettchen war für sie in den ersten Tagen durchwegs mit erheblichen Anstrengungen und zusätzlichen Schmerzen verbunden.

Abb. 7: Verteilung des Entbindungszeitpunktes bezogen auf die jeweils begonnene Schwangerschaftswoche



Interessanterweise hatten die Mütter der „Frühchen“ (43,2%)⁶⁴⁸ nicht mehr „Blues“ als die anderen Mütter, der Trend war sogar gegensinnig: Je früher⁶⁴⁹ die Kinder entbunden worden waren, desto niedriger fiel der KSc aus. Dieses Ergebnis war unerwartet. Bei der Depressivität bezogen auf das späte Wochenbett ergab sich ein anderes Bild: EPDS-Score und SSW bei der Entbindung korrelierten hochsignifikant ($p=0,002$) gegensinnig, ebenso hatten Frühchenmütter hochsignifikant ($p=0,008$) mehr Postpartum-Depression als die Gruppe der „Nicht-Frühchen-Mütter“ (EPDS-Score im Mittel 9,21/St.ab. 5,07 gegenüber 5,36/St.ab. 3,66).

Die Mütter, die sich die „sehr“ (22,2%) um die Gesundheit ihres Kindes oder ihrer Kinder sorgten, hatten im Mittel durchwegs die höchsten Scores (hochsignifikant für den KSc mit $p=0,001$ und für den EPDS mit $p=0,007$; KSc: 13,44/St.ab. 4,50; EPDS: 12,00/St.ab. 3,12; BDI: 8,12/St.ab. 4,02), jedoch trifft der Umkehrschluss nicht zu: den wenigsten „Blues“ (6,62/St.ab.2,61) hatten diejenigen, die „weder noch“(9,9%) geantwortet hatten. Die wenigste Depressivität (EPDS: 4,90/St.ab. 3,31) zeigten durchwegs die Mütter, die sich „nicht sehr“(25,9%) sorgten. „gar nicht“ sorgten sich 12,3% der Wöchnerinnen, „etwas“ 29,6%. Insgesamt kann man jedoch durchaus feststellen, dass es den Müttern, die sich mehr um die

⁶⁴⁸ Als „Frühgeborene“ wurden Kinder bezeichnet, die vor der vollendeten 37. SSW geboren waren

⁶⁴⁹ Auf die Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Entbindung bezogen

Gesundheit des Kindes oder der Kinder sorgten, schlechter ging: In einer Korrelation wird dieser Zusammenhang für den EPDS und den KSc hochsignifikant ($p=0,007$ und $0,001$).

Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 34,6% der Kinder in medizinischer Behandlung, die akute Situation an sich hatte wider Erwarten keinen statistisch messbaren Einfluss auf die seelische Befindlichkeit der jeweiligen Mütter, jedoch ihre Sorgen zu diesem Thema sehr wohl: Für den KSc wurde er mit $p=0,000$ und für den EPDS-Score mit $p=0,003$ jeweils hochsignifikant.

Die Tatsache, dass im frühen Wochenbett nur 54,3% der Kinder nicht in irgendeiner Art und Weise medizinisch behandelt wurden oder werden mussten, muss bei der Beurteilung dieser Ergebnisse mit in Betracht gezogen werden. Wenn das Kind oder die Kinder „gesund“ war/en, wiesen die Wöchnerinnen im Mittel einen KSc von 9,70 (St.ab. 4,65) und einen EPDS-Score von 6,04 (St.ab. 4,59) auf. War das Gegenteil der Fall, betrug der mittlere KSc 11,30 (St.ab. 5,03), der EPDS-Score 8,88 (St.ab. 4,59). Im BDI ergab sich dasselbe Bild. In V ist der Zusammenhang zwischen mehr Sorgen und mehr „Blues“ signifikant ($p=0,02$), zwischen Depressivität später zu Hause und Sorgen tendenziell wie in S.

Im konkreten Umgang mit dem Kind oder den Kindern waren im frühen Wochenbett 6,2% der Frauen „sehr unsicher“, 21,0% „eher unsicher“, 16,0% „weder noch“, 39,2% „eher sicher“ und 16,5% „sehr sicher“. Die Sicherheit der Wöchnerinnen im anfänglichen Umgang mit ihrem Kind oder ihren Kindern korrelierte hochsignifikant ($p=0,000$) mit dem KSc und signifikant ($p=0,046$) mit dem EPDS später. Tatsächlich sinkt diese Unsicherheit im Umgang mit dem/den Neugeborenen mit der Anzahl der Kinder, die die Mutter schon geboren hatte (hochsignifikant mit $p=0,002$). Ebenfalls hochsignifikant ($p=0,000$) stellt sich der gleichsinnige Zusammenhang mit der Sorge der Mütter um die Gesundheit der Kinder dar.

Im „Sechs-Wochen-Bogen“ wurde noch einmal der Umgang mit dem Kind oder den Kindern und das Empfinden der Mütter dazu abgefragt. Diese Items zeigten insgesamt keinerlei Bezug zum Auftreten von Bluessymptomen im frühen Wochenbett auf.

Die Gesamtsituation als Mutter beurteilten die Frauen zu Hause mit insgesamt 4,4% als „eher schlecht“ und „schlecht“, „weder noch“ gaben 15,2% an. 34,8% fühlten sich „wohl“, 45,7% „sehr wohl“. Probleme mit eventuell vorhandenen älteren Kindern wurden nur in einem Fall genannt, spielten also in diesem Zusammenhang eine untergeordnete Rolle. Immerhin fühlten sich nach über 6 Wochen noch 15,9% der Frauen „unwohl“ und „sehr unwohl“, wenn das Baby oder die Babys schrie/en, und nur 11,4% fühlten sich „überhaupt nicht verunsichert/unwohl“. Konkrete Probleme im Umgang mit dem Kind/den Kindern gaben 46,7% an. Trotzdem schätzten die Mütter ihre eigenen Fähigkeiten zu 53,3% als „sehr gut“, zu 28,9% als „ziemlich gut“ und zu 17,8% als „ausreichend“ ein. Keine Mutter antwortete mit „eher schlecht“ oder „schlecht“. Direkt überfordert fühlten sich zu diesem Zeitpunkt nach eigenen Angaben nur 2,3%, „überhaupt nicht überfordert“ 40,9%, was bedeutet, dass sich insgesamt

über die Hälfte aller Mütter im späten Wochenbett zumindest zeitweise sehr wohl überfordert oder hilflos fühlte.

Es korrelieren hochsignifikant ($p=0,001$) die Einschätzung der „Gesamtsituation als Mutter“ und der EPDS-Score, nicht aber der BDI-Score: Je besser die Situation insgesamt, desto weniger Postpartum-Depression. Hochsignifikant waren auch weitere Zusammenhänge: Die „Gesamtsituation als Mutter“ wurde von den Frauen selbst umso schlechter beurteilt, je schlechter die betreffenden Mütter mit ihren Kindern zurechtkamen ($p=0,002$). Auch EPDS und BDI fielen umso depressiver aus, je schlechter die Mütter zurechtkamen ($p=0,001$ und $0,030$). Ebenfalls hochsignifikant korrelierte die Überforderung mit dem Kind mit dem EPDS ($p=0,002$) und dem BDI-Score ($p=0,005$).

Auch die Mittelwerte zeigten in ihrer Tendenz das erwartete Ergebnis: Mütter, die Probleme mit dem Kind/den Kindern angaben, hatten im Schnitt einen KSc von 11,67 (St.ab. 4,74) und einen EPDS-Score von 8,00 (St.ab. 5,67) im Vergleich zu jenen ohne Probleme (KSc: 10,08/St.ab. 5,23 und EPDS: 6,33/St.ab. 3,57). Für die Depressivität ist das Ergebnis hochsignifikant ($p=0,004$). Der BDI fällt tendenziell ähnlich dem EPDS aus: Überforderte Mütter und jene, die nicht mit dem Kind /den Kindern zurechtkommen, neigen eher zur Postpartum-Depression.

Insgesamt entsprechen die Ergebnisse in ihrer Richtung den Ergebnissen aus Kollektiv V.

3.3.3.6. Hypothesengruppe VI. - Soziale Unterstützung und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Die Unterstützung in der Schwangerschaft durch ihr eigenes soziales Umfeld empfanden 35,0% der Frauen als „sehr gut“, 40,0% als „gut“, 21,3% als „ausreichend“ und nur 3,8% als „eher zu wenig“. Die Antwortmöglichkeit „viel zu wenig“ wurde von keiner Wöchnerin angegeben. Der Zusammenhang mit dem KSc ist mit $p=0,002$ hochsignifikant und mit dem EPDS- und dem BDI-Score signifikant ($p=0,038$ bzw. $0,014$): Je weniger Unterstützung eine Frau schon in der Schwangerschaft erfahren hatte, desto eher waren sowohl „Blues“- als auch Postpartum-Depression-Symptome bei ihr zu finden.

Je mehr objektiv messbare Unterstützung im gesamten Wochenbett (SSQT) eine Mutter erfuhr, desto besser ging es ihr. Für den „Baby-Blues“ zeigt sich dies als Tendenz, für das späte Wochenbett (BDI) wird dieser Zusammenhang mit $p=0,026$ signifikant, wider Erwarten zeigt sich mit dem EPDS kein Zusammenhang. Für den BDI ergab sich in Hinsicht auf die subjektive Wertung dieser Hilfe mit $p=0,022$ ein sehr ähnliches Bild, wiederum ergab die gleiche Frage in Bezug auf den EPDS keinen relevanten Zusammenhang. Auch mit dem „Baby-Blues“ besteht keine Korrelation. Anhand der Vorzeichen lässt sich mit Einschränkungen jedoch durchaus aus den Daten schließen, dass sowohl „Blues“ als auch Postpartum-Depression umso häufiger auftreten, je weniger Unterstützung die Mütter durch ihr eigenes

soziales Umfeld erfahren. Im Vergleichskollektiv V besteht zwischen SSQS-Score und „Blues“ ein signifikanter ($p=0,020$) Zusammenhang, nicht jedoch mit dem SSQT-Teil des Instruments.

Untereinander korrelieren die Scores beider Testanteile mit $p=0,000$ hochsignifikant. Ebenfalls signifikant ($p=0,022$ bzw. $0,017$) korrelieren SSQT- und SSQS-Score mit den Ergebnissen der Partnerliste: Anscheinend empfanden die Frauen ihre Partnerschaft umso eher „erfolgreich“ oder „intakt“, je mehr Unterstützung sie objektiv und subjektiv erhielten.

Bei der Frage, wie es den Müttern bei dem Gedanken an die (erste) Zeit zu Hause ging, äußerten sich 4,9% „sehr besorgt“, 9,9% „etwas besorgt“, 21,0% „weder noch“, 22,2% „eher zuversichtlich“ und 42,0% „sehr zuversichtlich“. Auch dies korrelierte, wie erwartet, hochsignifikant mit dem KSc ($p=0,000$), und mit dem EPDS-Score ($p=0,009$), und außerdem signifikant mit dem BDI-Score ($p=0,014$): Je besorgter die Frauen waren, desto eher wirkte dies sich auf ihr Befinden im frühen und im späten Wochenbett („Baby-Blues“ und Postpartum-Depression) aus.

Zusätzlich korrelierte diese Besorgnis signifikant mit anderen Items wie Belastung durch das nächtliche Aufwachen, Gedanken über die Gesundheit des Kindes, Gefühl des „nicht genug Vorbereitetseins“ auf die Schwangerschaft und negativen Veränderungen in der Partnerschaft während der Schwangerschaft. Kein Zusammenhang besteht statistisch gesehen mit Items wie Frühgeburtlichkeit, Schmerzen, Enttäuschung wegen Sectio-Entbindung, Erwartungen an die Geburt allgemein, Kinderzahl insgesamt, Unsicherheit im Umgang mit dem Kind, Unterstützung insgesamt, Partnerproblemen in der Vergangenheit, Partnerlisten-Score, SSQT- und SSQS-Ergebnissen.

Nur 44,4% der Frauen gab an, nach der Entlassung aus der Klinik für die Zeit zu Hause Hebammenhilfe, meistens für die ersten zwei Wochen, organisiert zu haben. Vielen Frauen war diese Möglichkeit der Unterstützung überhaupt nicht bekannt. Eine Haushaltshilfe hatten nur eine einzige Frau bis über das späte Wochenbett hinaus, eine weitere für zwei Wochen und zwei andere für jeweils eine Woche engagiert. Dies ist in Anbetracht der hohen Rate an Frühgeburtlichkeit und Mehrlingen sowie mütterlichen Vorerkrankungen deutlich weniger als erwartet. Die Unterstützung innerhalb der eigenen Familie gliederte sich wie folgt: Eine einzige Wöchnerin wurde 4 Wochen am Stück unterstützt, vier weitere jeweils zwei Wochen und wiederum eine Frau eine Woche. Nicht mitgerechnet sind hier gelegentliche Unterstützungsangebote aus dem familiären Umfeld, die für die meisten Frauen dennoch die hauptsächliche Form der Unterstützung, abgesehen von der durch den Partner, darstellte. Dies hatten wir unter der Rubrik „unbegrenzt“ mit 56,8% erfasst. Gar keine Unterstützung aus der Familie erhielten 35,8%.

Von den Frauen, die genügend Kontakt mit ihren eigenen Eltern pflegten (82,3%) erwarteten nach eigenen Angaben 70,1% in irgendeiner Form Hilfe und Unterstützung, von den Eltern

des Partners 43,1%. Beide Erwartungen korrelierten signifikant ($p=0,026$) miteinander. Je weiter die Eltern wegwohnten, desto weniger Hilfe wurde erwartet ($p=0,035$). Noch deutlicher ($p=0,000$) war dies in Hinsicht auf die „Schwiegereltern“. Weder in Hinsicht auf den „Baby-Blues“ noch auf die Postpartum-Depression trat ein statistischer Zusammenhang auf.

Dass so viele Eltern und „Schwiegereltern“ in S „im gleichen Ort“ wohnen (33,3% bzw. 20,0%), hängt mit dem Standort München des Klinikums Großhadern zusammen. Innerhalb einer Großstadt wird die Aussage „gleicher Ort“, die eindeutig räumliche Nähe ausdrücken soll, in ihrer Besonderheit etwas relativiert. Interessant ist auch die Tatsache, dass nur sehr wenige Frauen/Paare mit ihren Eltern oder Schwiegereltern zusammenleben. Was dies in Bezug auf mögliche und gewünschte bzw. benötigte soziale Unterstützung bedeuten mag, wird zu diskutieren sein. Immerhin ca. ein Viertel der Eltern/„Schwiegereltern“ lebt weiter als 100 km entfernt, sogar im Ausland leben anteilig mehr als unter einem Dach zusammen mit der Familie ihrer Kinder. Die Distanz der Wohnorte zeigte allerdings keinen Einfluss auf das Auftreten des „Baby-Blues“ oder der Postpartum-Depression.

Tabelle 6: Wohnort der Eltern und „Schwiegereltern“

Wohnort	Eltern (%)	„Schwiegereltern“ (%)
im gleichen Haus	4,4	4,6
im gleichen Ort	33,8	20,0
<100 km entfernt	26,5	38,5
>100 km entfernt	26,5	26,2
in einem anderen Land	8,8	10,8

Die Unterstützung durch den Partner erfolgte sehr unterschiedlich. Wir erfassten im frühen Wochenbett den geplanten Zeitraum, den der Partner sich für seine soeben erweiterte Familie nehmen wollte, sei es durch Urlaub, Elternzeit oder ähnliches. Nicht berücksichtigt wird die Unterstützung, die der Partner eventuell zusätzlich zu seinem gewohnten Arbeitsalltag leisten würde. In 15,5% der Fälle konnte der Partner die Mutter nach der Geburt zuhause nicht unterstützen, 22,4% und 25,9% der Väter nahmen sich eine bzw. zwei Wochen nach der Entlassung nach Hause frei, 19,0% drei Wochen, 8,6% vier Wochen, 3,4% ($N=2$) sechs Wochen, ein Vater acht Wochen und zwei weitere Väter $\frac{1}{2}$ Jahr bzw. $1\frac{1}{2}$ Jahre.

Tragfähige soziale Kontakte im nicht-familiären, d.h. freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Kontext, gaben 56,7% aller Mütter an, 31,3% sahen ihre Kontakte auf dieser Ebene weder positiv noch negativ und insgesamt 12% wollten sich nicht auf diese Kontakte stützen.

Ein Bezug zum „Baby-Blues“ oder zur Postpartum-Depression war statistisch nicht nachzuweisen, hätte aber einer unserer Annahmen entsprochen.

Die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld insgesamt korrelierte hochsignifikant ($p=0,001$) mit Partnerschaftsproblemen in der Zeit der Schwangerschaft

Weder die (geplante) Unterstützung durch die Hebamme, noch durch eine Haushaltshilfe, durch die Familie oder den Partner selbst wies einen Zusammenhang mit dem Auftreten des „Baby-Blues“ oder später der Postpartum-Depression auf.

Im späteren Wochenbett gaben noch 80,4% derer, die antworteten, an, in irgendeiner Art und Weise unterstützt zu werden. Ungefähr ein Fünftel der Mütter muss also bereits zu diesem Zeitpunkt, wo die körperliche und seelische Erholungsphase nach einer Geburt und erst recht nach einer Sectio noch nicht beendet sein kann, alleine mit dem Kind oder den Kindern und dem damit verbundenen Alltag zurecht kommen. Auf das Ergebnis des EPDS hat dies keinen messbaren Einfluss.

Wenn man die Bewertung der Unterstützung durch die Frauen auswertet, zeigt sich, dass sie sowohl die Unterstützung durch den Partner als auch durch die Familie oder andere nahe stehende Personen fast durchwegs als positiv und hilfreich empfinden. Es fällt auf, dass sich die einzigen (wenigen) eher negativen Bewertungen vor allem auf die Familie, aber auch auf den Partner beziehen, nicht aber auf Freunde und sonstige Personen.

Die Angst davor, nach der Entlassung zu Hause überfordert zu sein, äußerten 37,0% der Wöchnerinnen. Mit einem KSc von durchschnittlich 13,00 (St.ab. 4,76) wiesen sie hochsignifikant ($p=0,000$) mehr „Blues“ auf als die Frauen, die diese Befürchtung nicht hatten (KSc 8,92/St.ab. 4,29). Auch der EPDS fiel diesbezüglich signifikant ($p=0,039$) aus: 8,94/St.ab. 4,85 versus 5,87/St.ab. 4,30. Mit dem BDI-Score ergab sich ein hochsignifikantes Ergebnis ($p=0,000$).

Angst vor Einsamkeit zu Hause gaben nur 9,9% der Frauen an. Auch dieses Merkmal zeigte sich im Zusammenhang mit dem „Blues“ und der Postpartum-Depression signifikant ($p=0,023$ und $0,015$). Diese Angst ging im frühen Wochenbett mit mehr „Baby-Blues“ (Mittelwerte KSc 14,12/St.ab. 3,98 gegenüber 19,02/St.ab. 4,80) und mit erhöhter Depressivität (EPDS-Score im Mittel 12,50/St.ab. 4,65 versus 6,57/St.ab. 4,42) später einher. Der BDI zeigt an dieser Stelle sogar einen hochsignifikanten Zusammenhang ($p=0,003$).

Beide Ängste korrelierten signifikant ($p=0,019$) untereinander. Zum STAI-Score zeigt sich kein Bezug, dies hätte in Bezug auf die Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal möglich sein können.

Im späten Wochenbett war nach eigenen Angaben nur noch eine einzige Mutter (2,3%) überfordert, 29,5% wissen noch nicht so recht, aber 27,3% sind „eher nicht“ und 40,9% „überhaupt nicht“ überfordert. EPDS- und BDI-Score korrelieren jeweils hochsignifikant ($p=0,002$ bzw. $0,005$) und gleichsinnig mit dem Grad der Überforderung der Mutter „wenn sie alleine

mit dem Kind“ war. Interessanterweise korreliert diese ebenfalls hochsignifikant ($p=0,001$) mit dem Item „Unsicherheit im Umgang mit dem Kind“ aus dem frühen Wochenbett. Man kann daraus schließen, dass eine anfängliche Unsicherheit durchaus ein Prädiktor für eine auch noch „später“ - mehrere Wochen nach der Geburt - anzutreffende Hilflosigkeit der Mutter in Bezug auf ihr Baby zu sein scheint.

Einsam fühlten sich zu diesem Zeitpunkt zwei Frauen (4,4%), „weder noch“ gaben 13,0% an, 28,3% und 54,3% waren „eher nicht“ und „gar nicht“ einsam. Auch hier war der Bezug zum EPDS- und BDI-Score hochsignifikant ($p=0,002$ und $0,000$): Einsame Mütter waren depressiver. Die Einsamkeit an sich und die Angst davor korrelierten nicht.

Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation machten sich im frühen Wochenbett 28,2% „gar nicht“, 31,0% „eher nicht“, 26,8% „weder noch“, 12,7% „eher schon“ und 1,4% ($N=1$) „sehr“. Es erstaunt nicht, dass diese Sorge mit dem Blues-Score signifikant ($p=0,015$) gleichsinnig korreliert, aber schon eher, dass zum EPDS-Ergebnis ebenso wie zum STAI-Score kein Bezug besteht. Der BDI scheint sensibler für diese Problematik zu sein, mit $p=0,002$ korreliert er hochsignifikant und gleichsinnig.

3.3.3.7. Hypothesengruppe VII: - Partnerschaft und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Die Frauen ($N=3$), deren Partner nicht mit ihnen zusammenlebte, wiesen im Mittel mit 12,33 (St.ab. 5,51) höhere KSc- und höhere EPDS-Scores (12,00/St.ab. 5,65) auf als die anderen Frauen (6,89/St.ab. 4,62 und 10,35/St.ab. 4,86). Nachdem in S alle Frauen in festen Partnerschaften (100%), davon 96,3% in der gemeinsamen Wohnung, lebten, konnte der Bezug einer stabilen Partnerschaft auf den „Baby-Blues“ und die Postpartum-Depression statistisch nicht zufrieden stellend interpretiert werden.

11,4% der Wöchnerinnen gaben eine unbefriedigende Beteiligung des Partners seitens des Personals und der Kreißsaalroutine an. Diese Frauen erreichten im KSc deutlich höhere Werte als diejenigen, deren Partner – aus der Sicht der Mütter - zufrieden stellend in das Geburtsgeschehen miteinbezogen worden war (13,89/St.ab. 5,60 im Vergleich zu 10,12/St.ab. 4,68), ebenso im EPDS (9,20/St.ab. 5,45 gegenüber 7,03/St.ab. 4,59).

Abgesehen davon wurde die partnerschaftliche Situation sowohl im frühen Wochenbett - dort auch retrospektiv für die Zeit der Schwangerschaft - als auch im „Sechs-Wochen-Bogen“ mittels der „Partnerschaftsliste“⁶⁵⁰ (PL) untersucht.

In letzterer kann ein Punktwert von insgesamt maximal 92 erreicht werden. Ein erreichter cut-off von ≤ 45 Punkten wird als „gute“ oder „erfolgreiche“ Partnerschaft definiert, diese ergab sich bei 94% der beantworteten Bögen. Ein relativ starker und hochsignifikanter Zusammen-

⁶⁵⁰ Rücklauf der „Partnerliste“: $N=37$

hang ergab sich zwischen den Scores der PL und des EPDS ($p=0,007$; $0,445$) bzw. des BDI ($p=0,000$; $0,604$). Im späten Wochenbett wurde zusätzlich abgefragt, ob sich die Partnerschaft in der Zeit nach der Geburt verändert hatte. Dort gaben 28,3% „harmonischer“ an, 37,0% „eher harmonisch“, 17,4% „weder noch“ und nur 4,3% „eher weniger harmonisch“ an. Keine der Frauen wählte die Antwortmöglichkeit „viel weniger harmonisch“. Es fiel auf, dass sich für den KSc („Baby-Blues“) die folgende Tendenzen ergaben: Wie erwartet, hatten die Frauen mit den schwierigeren Partnerschaften die höchsten Werte, jedoch wiesen diejenigen Frauen, deren Partnerschaften sich insgesamt weder positiver (d.h. „harmonischer“) noch negativer (d.h. „schwieriger“) entwickelt hatten, im Mittel jeweils die niedrigsten Scores auf. Die Mütter mit den „harmonischeren“ Partnerbeziehungen lagen mit den Werten dazwischen. Die Instrumente für die Postpartum-Depression ergaben das erwartete Ergebnis: Je schwieriger die Partnerschaft, desto mehr Depressivität. Für den EPDS wird dieser Zusammenhang signifikant (Varianzanalyse, $p=0,05$).

Im frühen Wochenbett gaben bei der Frage nach der Häufigkeit von – nicht näher spezifizierten⁶⁵¹ – früheren, d.h. möglicherweise auch schon vor der Schwangerschaft bestehenden Partnerschaftsproblemen 26,3% „nie“, 42,5% „eher selten“, 23,8% „mittel“, nur 3,8% „eher öfter“ und ebenfalls nur 2,5% „immer“ an. Signifikant ($p=0,003$) wiesen die Frauen um so eher „Blues“ auf, je häufiger Probleme in der Partnerschaft auftraten. Entgegen unserer Annahme ergab sich dieser Zusammenhang für die Depressivität im späteren Wochenbett im BDI noch eher als im EPDS, hier jedoch allenfalls als schwache Tendenz und nicht monoton/linear.

Für 24,1% der Mütter hatte sich die Partnerschaft im Lauf der Schwangerschaft „sehr positiv“, für 31,6% „eher positiv“ – also nicht ausschließlich –, für 40,5% – die Mehrheit – „weder noch“ und für nur 3,8% „eher negativ“ verändert. „Sehr negativ“ gab keine der Mütter an. Auch hier ergaben sich tendenziell erwartete Ergebnisse: Mütter mit sich ins Negative entwickelnden Partnerbeziehungen haben deutlich mehr „Blues“, aber nicht etwa mehr Postpartum-Depression gegenüber allen anderen Frauen zusammen, jedoch haben die Frauen, die eine „eher positive“ Entwicklung der Partnerschaft angaben, sowohl etwas mehr „Blues“ als auch „Depressivität“ als zum Beispiel diejenigen, die „weder noch“ oder die „sehr positiv“ als Antwort gegeben hatten. Interessanterweise korrelierte eine negative Veränderung der Beziehung während der Schwangerschaft signifikant ($p=0,015$) mit dem Gefühl der Frauen, schlecht auf die Geburt vorbereitet gewesen zu sein und sogar hochsignifikant ($p=0,002$) mit gehäuftem Auftreten von Partnerschaftsproblemen in der Zeit vor der Schwangerschaft.

Teilte man die Unterstützung in der Schwangerschaft in eine „emotionale“ und eine „praktische“ Komponente, antworteten die Frauen folgendes: emotional fühlten sich 11,1% der werdenden Mütter „ausreichend“ unterstützt, „gut“ und „sehr gut“ zusammen 86,5%, „wenig“ und „gar nicht“ insgesamt nur eine einzige Frau. In Bezug auf den praktischen Aspekt der

⁶⁵¹ Für uns war nicht die objektive Art oder Anzahl der Probleme, sondern das Empfinden der jeweiligen Frauen entscheidend

Unterstützung durch den Partner gaben immerhin 17,2% „wenig“ und „gar nicht“ an, 13,6% „ausreichend“ und „gut“ bis „sehr gut“ insgesamt 67,9% an. Hochsignifikant ($p=0,001$) korrelierte die Qualität der praktischen und emotionalen Unterstützung positiv miteinander, jedoch gab sich kein statistisch nachweisbarer Bezug zum Auftreten des „Blues“ oder der Postpartum-Depression.

Ebenfalls hochsignifikant und gleichsinnig korrelierten die Partnerschaftsprobleme in der Vergangenheit mit der Veränderung der Partnerbeziehung in der Schwangerschaft ($p=0,003$) und dem KSc ($p=0,002$). Anzunehmen ist daher, dass Beziehungsprobleme zur Bluessymptomatik beitragen. Da der Zusammenhang mit der Depressivität schwächer und „nur“ im BDI signifikant ($p=0,028$) ist, werten wir dies als Hinweis auf unsere Annahme, dass die Stimmungslage der Mütter im frühen Wochenbett nicht nur zeitlich gesehen als eigenständiges Phänomen von der Stimmungslage im späteren Wochenbett und auch danach zu trennen ist. Ein hochsignifikanter ($p=0,000$) Zusammenhang bestand auch zwischen den Ergebnissen der Partnerliste und der Harmonie der Partner untereinander im späteren Wochenbett, ebenso zwischen dem PL-Score und BDI ($p=0,000$) bzw. EPDS (0,007).

Als immerhin signifikant und gleichsinnig erwiesen sich die Korrelationen zwischen der Harmonie in der Partnerschaft im „Sechs-Wochen-Bogen“ und den Veränderungen der Beziehung in der Schwangerschaft ($p=0,013$), ebenso zwischen dem BDI-Score ($p=0,028$) bzw. dem EPDS-Score ($p=0,033$) und der Harmonie der Partnerschaft im späten Wochenbett.

Erstgebärende zeigten eine leichte Tendenz, die Veränderung der Partnerschaft in der Schwangerschaft positiver zu sehen als die Mehrgebärenden. Diese Tendenz wiederholt sich etwas schwächer im späten Wochenbett.

Die Zahlen zur *geplanten* Unterstützung der Frauen im Wochenbett speziell durch die Väter ihrer Kinder sind bereits in Hypothese 2.VI. vorgestellt worden.

3.3.3.8. Hypothesengruppe VIII. – Psyche und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Über eine eventuell bereits vor der Entbindung oder gar vor der Schwangerschaft vorliegende „Psychopathologie“ der von uns untersuchten Frauen können wir nur eingeschränkte Aussagen machen. Untersucht haben wir das seelische Befinden nach früheren Schwangerschaften und Geburten, falls dieses Item auf die Frauen zutraf (56,8%, V: 39%): Eine gute, unbeeinträchtigte Stimmung berichteten innerhalb dieser Untergruppe 22,2% (V: 33,3%), die anderen 77,8% (V: 66,7%) fühlten sich aus den verschiedensten Gründen nicht gut. Die wichtigsten Gründe im Kollektiv S (Überschneidungen sind wegen Mehrfachantworten möglich) waren Aborte und Totgeburten, auch Abruptiones (zusammen 28,9%), wobei es nicht allen Frauen nach Aborten schlecht gegangen war, zwei Frauen jedoch angaben, deswegen in Psychotherapie gewesen zu sein. Es folgten „Heultage“, Depressivität und ähnliches mit 26,6%, Gründe

wie „Gefühl der Hilflosigkeit“, „alleine gelassen werden“ und Ähnliches mit 17,8%, „krankes Kind“ (11,1%), „Stillprobleme“ (6,7%), und etliche einzelne Aussagen wie „traumatische Sectio“, „schlechtes Krankenhaus“ und „zu Hause wurde alles besser“. Im jetzt erhobenen KSc hatten die Wöchnerinnen, die schon nach vorausgegangenen Schwangerschaften respektive Geburten gute Stimmung hatten, tendenziell niedrigere Werte (Mittelwert 9,10/St.ab. 5,28 gegenüber 10,49/St.ab. 4,83). Im EPDS wiederholt sich die Tendenz (5,67/St.ab. 5,68 gegenüber 6,40/St.ab. 4,40), ebenso im BDI.

In Gruppe V erscheint insgesamt ein gleichsinniges Bild.

Nach aktuellen und früheren psychischen Erkrankungen und Beschwerden gefragt, gaben 12,3% der Mütter an, darunter zu leiden bzw. 13,6%, darunter gelitten zu haben. Es überwog depressive Symptomatik, eine Frau war medikamentös behandelt und eine andere Frau litt unter Waschzwang, diese erreichten im KSc 22,0 bzw. 16,0; den „Sechs-Wochen-Bogen“ schickte keine von beiden zurück.

Da in unserem Interview eine Diagnostik im psychiatrischen Sinne nicht möglich war, stellt sich die Beurteilung dieser Aussagen problematisch dar.

Weil wir das seelische Erleben der Frauen auch unter dem Aspekt der Religiosität erfragten, erscheint es uns geeignet, dieses Thema innerhalb der vorliegenden Hypothese darzustellen. Es gibt Arbeiten⁶⁵², in denen Frauen, die eher „traditionell“ sozial und mental – zum Beispiel religiös - strukturiert waren, weniger subjektivem Stress ausgesetzt zu sein schienen.

Frauen aus S, die die Frage, ob sie sich als „gläubig“ oder „religiös“ im weitesten Sinne verstehen, positiv beantworteten, zeigten deutlich weniger „Blues“ (KSc 9,50/St.ab. 3,98) als diejenigen, die die Frage verneinten (KSc 11,51/St.ab. 5,52). Im EPDS scheint sich dies umzukehren: religiöse Mütter wiesen mit 7,53 (St.ab.5,09) etwas mehr Depressivität auf als die nicht religiöse Untergruppe (6,82/St.ab. 4,65).

Bei immerhin 22,2% der Wöchnerinnen ließ sich eine positive Familienanamnese bezüglich „seelischer“, d.h. psychischer Erkrankungen erheben. Retrospektiv und nur auf den zum Teil unvollständigen Aussagen der Mütter beruhend konnten verständlicherweise keine psychiatrischen Diagnosen festgelegt werden, ein wichtiges Anamnesekriterium war für uns daher, ob eine Therapie in irgendeiner Form bei den Betroffenen durchgeführt oder zumindest geplant worden war. Frauen mit „psychischen Erkrankungen“ in der Familie wiesen jedoch eher weniger Blues-Kriterien auf als die Frauen mit negativer Familienanamnese. Dies wiederholte sich sowohl in Bezug auf den EPDS- als auch den BDI-Score, entgegen unserer Erwartungen.

⁶⁵² Hill (1990)

3.3.3.9. Hypothesengruppe IX. –Schwangerschaft/Schwangerschaftsprobleme und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Primiparae wiesen im BDI nach sechs Wochen und später einen Mittelwert von 6,2 (St.ab. 4,85) - im Gegensatz zu den Multiparae mit 4,4 (St.ab. 3,33) - auf, Erstentbundene neigten also eher zu Depressivität als Mütter, die schon davor (ein) Kind/er geboren hatten. Dieses Ergebnis ist als Tendenz zu werten. Im EPDS ergibt sich eine ähnliche Aussage mit jeweils durchschnittlich 8,08 (St.ab 4,62) für Primi- und 5,53 (St.ab. 4,63) für Multiparae. Auch der KSc der Frauen fällt in diesem Sinne aus: 11,04 (St.ab. 4,74) bei den Primi- und 9,34 (St.ab. 4,97) bei den Multiparae: Die Primiparae entwickelten im Vergleich auch eher Blues-Symptomatik. Dies entspricht in der Tendenz den Ergebnissen für Kollektiv V, wobei der Unterschied der Blues-Scores hier sogar signifikant ($p=0,028$) war. Überhaupt die erste Schwangerschaft war es für 42% der Frauen, die zweite für 34,6%, für 17,3% die dritte und für 6,1% die vierte bis sechste. Die Tatsache, mehrmals schwanger gewesen zu sein, war mit einer etwas größeren Wahrscheinlichkeit verbunden, „Blues“-Symptomatik zu entwickeln, aber ebenso mit dem Auftreten von mehr Fehlgeburten assoziiert: Eine Frau im Kollektiv hatte nach fünf vorausgegangenen Schwangerschaften, die mit Fehl- und Totgeburten geendet hatten, nach der „erfolgreichen“ sechsten Schwangerschaft ihr erstes lebendes Kind zur Welt gebracht (KSC 14,0; keine Antwort im „Sechs-Wochen-Bogen“).

Insgesamt hatten 24,6% der Frauen bereits eine oder mehr Fehlgeburten und 4,9% Totgeburten⁶⁵³ erlitten. Der Anteil der Abruptiones lag bei 4,9%, wobei eine Frau schon drei Schwangerschaftsabbrüche hinter sich hatte (KSc 14,0; keine Antwort im „Sechs-Wochen-Bogen“). Der Anteil der „Lebendgeburten“ = 1 lag bei 64,2%, = 2 bei 29,6%, = 3 und 4 zusammen bei 6,1%. Bis auf einen stark abweichenden KSc einer Mutter nach der vierten Entbindung schien sich die steigende Anzahl von davor geborenen Kindern protektiv auf das Auftreten des „Baby-Blues“ auszuwirken. Für den EPDS und den BDI wird dieser Bezug etwas deutlicher, vermutlich aufgrund der fehlenden Antwort der „Ausreißerin“. Die Frauen, die Totgeburten in der Anamnese hatten, wiesen im Mittel einen deutlich höheren EPDS (10,00/St.ab. 7,21 versus 6,92/Stab. 4,54)) auf. Im KSc unterschieden sie sich nicht von den übrigen Müttern. Auch Frauen mit vorangegangenen Fehlgeburten unterschieden sich im durchschnittlichen KSc (11,43/St.ab. 4,63 gegenüber 10,09/St.ab. 4,94) nur tendenziell von den anderen Müttern, für den EPDS (9,29/St.ab. 5,34 gegenüber 6,71/St.ab. 4,45) liegt die gleiche Tendenz noch deutlicher vor. Die Mütter mit stattgehabten Abruptiones unterschieden sich im EPDS (N=2) nicht von den restlichen Müttern, hatten aber auch eine deutliche Tendenz zu mehr „Blues“ (N=4; KSc 16,00/St.ab. 5,12 versus 10,14/St.ab. 4,75).

⁶⁵³ Als „Fehlgeburten“ werden Feten bis einschließlich 12. SSW, später tot geborene Kinder werden als „Totgeburten“ bezeichnet

Bei einem Anteil von 72,8% geplanter Schwangerschaften erreichten die betreffenden Wöchnerinnen einen mittleren KSc von 10,91 (St.ab. 5,27) und EPDS-Score von 7,30 (St.ab. 4,06). Diejenigen Frauen, die nach ungeplanter Schwangerschaft entbunden hatten, hatten einen KSc von 10,25 (St.ab. 4,73) und einen EPDS-Score von 7,09 (St.ab. 4,99). Dies sind fast zu minimale Tendenzen, um eine Interpretation jenseits des Zufalls zu ermöglichen, die Frauen unterschieden sich damit weder beim Blues noch bei der Postpartum-Depression. Auch in V unterschieden sich die ungeplanten SS in Bezug auf den „Blues“ nicht von den geplanten SS, jedoch waren die Unterschiede im EPDS-Score auf einem Niveau von $p=0,027$ signifikant: Überraschenderweise neigten die Mütter mit geplanten SS (Mittelwert 7,6) eher zur Depressivität als die Mütter mit ungeplanten SS (Mittelwert 5,7).

Erwünscht waren nur 2,5% der Schwangerschaften „gar nicht“, 1,3% „eher nicht“, 5,0% „weder noch“, 7,5% „eher schon“ und 82,5% „sehr“. Das impliziert, dass auch von den ungeplanten SS – wenigstens retrospektiv – ein Teil „sehr erwünscht“ war. Wenn die Ausprägungen „gar nicht erwünscht“ und „eher nicht erwünscht“ als „unerwünschte Schwangerschaften“ zusammengefasst wurden, ergab sich folgendes Bild: Die Mütter, die „unerwünschte SS“ angegeben hatte, hatten signifikant mehr Blues (Mittelwert KSc 18,67, St.ab. 3,51), und möglicherweise mehr Postpartum-Depression (Mittelwert EPDS 10,0, die St.ab. ist aufgrund der Fallzahl von nur 2 Frauen nicht aussagekräftig). Je erwünschter die SS, desto niedriger fiel sowohl der KSc als auch der EPDS-Score aus (streng monotone Beziehung). Mittelwert der Untergruppe „sehr erwünscht“ war im KSc 9,72 (St.ab. 4,61) und im EPDS 7,12 (St.ab. 5,14). Im Vergleichskollektiv V ergaben sich keine relevanten Unterschiede in der Stimmung bezüglich der Erwünschtheit der Schwangerschaft.

33,3% der Frauen gab an, „lange“ auf diese Schwangerschaft gewartet zu haben. Für die meisten Wöchnerinnen bedeutete „lang“ einen Zeitraum von über einem Jahr. Diese Untergruppe war die deutlich depressivere im EPDS (8,45/St.ab. 5,45 bzw. 6,62/St.ab.4,51), aber auch im KSc (10,81/St.ab. 4,72 bzw. 10,30/St.ab. 4,99) zeigte sich diese Tendenz schon minimal.

Spontan waren 80,2% der Schwangerschaften eingetreten. Eine Hormonbehandlung war bei 7,4% erfolgt, und bei jeweils 6,2% die Verfahren IVF und ICSI zur Anwendung gekommen. Die künstliche Befruchtung (N=16) war insgesamt mit einer erhöhten Neigung zum „Blues“ (KSc im Mittel 11,75/St.ab. 4,54 gegenüber 10,10/St.ab. 4,84), aber nicht zur Depressivität assoziiert. Alleine die Gruppe der Mütter mit Z.n. ICSI hatten einen mittleren KSc von 14,60 (St.ab.3,78) erreicht.

Ausführlich fragten wir in dieser Schwangerschaft eventuell aufgetretene Probleme physischer (61,0%) und psychischer (14,6%) Natur ab. Angegeben ist nicht das Auftreten der Symptome als solches, sondern der Symptome, die von den Frauen als „Probleme“ wahrgenommen wurden. Bei den in den Tabellen angegebenen Prozentzahlen treten Überschneidun-

gen auf, da Mehrfachantworten möglich – und häufig – waren. Insgesamt werteten nur 37,0% der Wöchnerinnen ihre Schwangerschaft als „problemlos“. Dies ist mit niedrigeren Werten im EPDS verbunden: 6,85/St.ab.4,09 gegenüber 7,30/St.ab. 5,09. Für den KSc ergibt sich kein Unterschied.

Tabelle 7: Körperliche Probleme in der Schwangerschaft

Art des Problems	S (%)
„liegen müssen“	40,2
„Präeklampsie“, erhöhter Blutdruck (beginnendes oder klinisch ausgeprägtes HELLP-Syndrom)	20,1
„Blutarmut“ (Schwangerschaftsanämie)	2,4
Blutungen (frühe und späte SS zusammen gerechnet)	15,9
vorzeitige Wehen	29,3
Rückenschmerzen und Schmerzen des Bewegungsapparates	11,1
SS-Diabetes	4,8
Adipositas permagna	1,2
Asthma	3,7
Bekannte Vorerkrankung der Mutter	3,7
vorzeitiger Blasensprung	4,8
„offener Muttermund“ (istmozervikale Insuffizienz)	6,2
Therapie mit „Gelbkörperhormonen“	2,4
Infekt	2,4
Sodbrennen	3,7
Z.n. Zervix-Karzinom	1,2
Starke Übelkeit, nicht nur im ersten Trimenon	1,2
Ödeme	6,2
Varikosis der Beine	1,2
Schlafstörungen	9,9
Erbrechen	15,9

Tabelle 8: Seelische Schwangerschaftsprobleme

Art des Problems	S (%)
Angst um Kind wegen vorausgegangener Aborte	4,8
Angst um Kinder bei Mehrlingen	1,2
bekannte Erkrankung des Ungeborenen	2,4
Angst um Kind, verschiedene Gründe	34,5
Waschzwang	1,2
Starke Stimmungsschwankungen	

Sehr interessant erschien in diesem Zusammenhang die Erfassung der „Risiko­ziffern“ aus dem Mutterpass⁶⁵⁴: Nur 6 Frauen (7,4%) hatten keine dieser Ziffern eingetragen. Jeweils zu 1,2% (N=1) sind folgende Ziffern vertreten: „Frühere eigene schwere Erkrankungen“ (2), „Besondere soziale Belastung“ (7), „Adipositas“ (19), „Schwangere unter 18 Jahren“ (13), „Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese“ (20), „Z. n. anderen Uterusoperationen“ (24), „Dauermedikation“ (28), „Besondere psychische Belastung“ (30), „Placenta-Insuffizienz“ (39), „Isthmozervikale Insuffizienz“ (40), „Anämie“ (47) und „Andere Besonderheiten“ (52). Die anderen stellen sich tabellarisch wie folgt dar:

⁶⁵⁴ Die Entnahme dieser Zahlen stammt aus den Mutterpässen der Wöchnerinnen, sie waren meist durch den in der Schwangerschaft betreuenden Arzt oder die Ärztin ausgefüllt. Welche Kriterien für das Ankreuzen einer Risikoziffer jeweils maßgebend waren, entzieht sich unserer Erkenntnis. Vorstellbar sind auch hier Dokumentationslücken sowie uneinheitliche Gepflogenheiten bei der Diagnosefestlegung. Hier sind keine Mehrfachnennungen berücksichtigt, von uns wurde die führende Risikoziffer verwendet.

Tabelle 9: Risikoschwangerschaften nach Mutterpass

Risikoziffer und Bedeutung im Mutterpass	S (%)
23 - Zustand nach Sectio	19,5
16 - Z. n. Sterilitätsbehandlung	14,6
41 - Vorzeitige Wehentätigkeit	8,5
35 - Mehrlingschwangerschaft	7,3
19 - Z. n. zwei oder mehreren Fehlgeburten/Abbrüchen	6,1
32 - Blutungen vor der 28.SSW	4,9
46 - Hypertonie (<140/90)	3,7
14 - Schwangere über 35 Jahren	3,7
6 - Besondere psychische Belastung (beruflich oder familiär)	2,4
12 - Skelettanomalien	2,4
37 - Oligohydramnie	2,4
50 - Gestationsdiabetes	2,4

Diese sehr ausführliche Darstellung der Schwierigkeiten dieser Mütter soll, gerade unter dem Aspekt der Vielzahl der dadurch entstehenden Untergruppen mit kleinen Fallzahlen, weniger genaue statistisch verwertbare Zahlen als vielmehr das Spektrum der Probleme aufzeigen.

Die Empfindung der körperlichen Veränderungen und des Aussehens in der Schwangerschaft war jeweils „normalverteilt“: Die meisten Frauen gaben an, diese weder negativ noch positiv zu empfinden, während deutlich weniger Frauen, symmetrisch verteilt, jeweils positive und negative Empfindungen äußerten, die sich insgesamt die Waage hielten. Zum „Baby-Blues“ oder zur Postpartum-Depression ergab sich keinerlei Bezug.

Die Stimmung während der Schwangerschaft bezeichneten 14,8% als „sehr gut“, 29,6% als „gut“, 29,6% wählten „weder noch“ als Antwort, 19,8% „eher schlecht“ und 6,2% „schlecht“. Wie erwartet tendierten die Wöchnerinnen, deren Stimmungslage schon in der Schwangerschaft eher negativ gewesen war, zu mehr „Blues“. Für die Postpartum-Depression wird der Zusammenhang sowohl mit dem EPDS ($p=0,001$) als auch mit dem BDI ($p=0,019$) (hoch-) signifikant.

„Sehr gut“ auf die Geburt vorbereitet hatten sich 22,2%, „eher gut“ 32,5%, „weder noch“ 32,5%, „eher schlecht“ 8,8% und „sehr schlecht“ 1,3%. Insgesamt fühlten sich damit der größte Teil (42,6%) der Mütter *nicht* wirklich auf dieses einschneidende Ereignis im Leben einer Frau vorbereitet. Es erstaunt nicht, dass eine schlechtere Vorbereitung bzw. das Gefühl,

schlecht vorbereitet zu sein, zu mehr „Baby-Blues“ bei den betroffenen Wöchnerinnen führt. Für den EPDS und den BDI wurde dieser Zusammenhang signifikant ($p=0,039$ und $p=0,010$).

In der Zeit der Schwangerschaft zogen 23,6% der Mütter um, insgesamt 15,3% innerhalb des Wohnortes (meist München), 6,9% wechselten den Wohnort und 1,2% ($N=1$) gar das Land. Tatsächlich wiesen diese Mütter hochsignifikant ($p=0,009$) mehr „Blues“, jedoch keine erhöhte Neigung zur Depressivität im späteren Wochenbett auf. In V besteht keinerlei Zusammenhang zwischen Umzug und „Befindlichkeitsstörungen“.

Mit ihrer gesamten Wohnsituation waren 41,4% „sehr zufrieden“, 14,3% „eher zufrieden“, 21,4% „weder noch“, 15,7% „eher unzufrieden“ und 7,1% „sehr unzufrieden“. Ein überzufälliger Zusammenhang zum Auftreten des „Baby-Blues“ oder der Postpartum-Depression war nicht nachzuweisen.

3.3.3.10. Hypothesengruppe X. – Ängstlichkeit und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Das Kennerly-Item „ängstlich“, welches die „Ängstlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung“ beschreibt, korrelierte hochsignifikant ($p=0,001$) mit der Summe des KSc: Frauen mit mehr „Blues“ weisen das Einzelsymptom „zur Zeit ängstlich“ eher auf.

Generell „ängstliche“ Frauen (STAI) zeigten mehr Depressivität (EPDS), aber nicht mehr Blues (KSc). Letzteres geht konform mit den Ergebnissen in V, erreicht hier sogar ein Signifikanzniveau von $p<0,05$. Hohe Scores im STAI korrelierten signifikant mit dem Ausmaß der Enttäuschung wegen der Schnitt-Entbindung ($p=0,028$).

Die aktuelle Ängstlichkeit zeigt keinerlei Zusammenhang mit der im STAI erfassten „Angst als Persönlichkeitsmerkmal“. Im T-Test erreicht die Untergruppe ohne „Blues“ höhere STAI-Scores als die „Blues-positive“ Untergruppe.

Insgesamt lagen die erreichten Durchschnittswerte mit 33,22 ($N=19$) und 34,26 ($N=62$) jeweils deutlich unter den in der Literatur für die jeweiligen Altersgruppen angegebenen⁶⁵⁵.

3.3.3.11. Hypothesengruppe XI. – Prämenstruelles Syndrom und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

35,8% der Frauen gaben als „PMS-typisch“ erachtete Beschwerden⁶⁵⁶ im Zusammenhang mit ihrem Menstruationszyklus an. Möglicherweise ist diese recht hohe Prävalenz auf eine eher großzügige retrospektive „Diagnosestellung“ unsererseits zurückzuführen. Weder in S noch in V konnte jedoch ein eindeutiger statistischer Zusammenhang mit dem Auftreten oder der Ausprägung des „Baby-Blues“ und der „Postpartum-Depression“ gefunden werden. Im Mittel wiesen in Gruppe S die PMS-positiven Frauen einen tendenziell erhöhten KSC von

⁶⁵⁵ Vergleiche die Beschreibung der Instrumente (Kap. 3.2.3.1.)

⁶⁵⁶ Vgl. Kap. 2.4.11.

11,83/St.ab. 5,28 gegenüber den anderen Frauen (9,65/St.ab. 4,49) auf. Im EPDS kehrt sich das Bild jedoch um, die Frauen ohne PMS-Symptomatik haben geringfügig höhere Werte (7,24/St.ab. 5,07 gegenüber 6,93/St.ab. 4,43). Der BDI wiederum haben eher Frauen mit PMS-Symptomen höhere Scores. In V fällt der EPDS tendenziell so aus wie in S der BDI, also genau gegensinnig wie in S. Die genauere Deutung ist aufgrund unserer unzureichend genauen Symptomenerfassung der komplexen Diagnose „PMS“ nicht zuverlässig genug.

3.3.3.12. Hypothesengruppe XII. – Bildung, Beruf und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Im frühen Wochenbett konnten viele Frauen mit der Frage nach dem (Wieder-)Einstieg in den Beruf noch wenig anfangen, die Mehrzahl gab an, sich über die Geburt hinaus diesbezüglich noch keine konkreten Gedanken gemacht zu haben. Einige Frauen äußerten jedoch auch sehr konkrete Pläne. Auch im späteren Wochenbett hielt diese Tendenz an, so dass viele Frauen die Fragen zu diesem Thema nicht ausfüllten.

Ungefähr ein Drittel der Frauen, die antworteten (alle Antworten: N=62) wollte sehr gerne wieder arbeiten, ebenfalls ein Drittel gab an, wieder arbeiten zu müssen. Überschneidungen in den Antworten sind möglich und wahrscheinlich. 20,8% würde lieber länger pausieren als geplant, 60,4% nicht, unentschlossen waren 18,8%.

Signifikant ($p=0,036$) war der Zusammenhang zwischen dem Wunsch, wieder zu arbeiten und dem „Blues“: Je höherwertig der Wunsch war, wieder arbeiten zu gehen, desto eher hatten diese Frauen „Blues“. Allein im BDI zeigte sich eine hochsignifikante ($p=0,003$) Neigung der Frauen, die wieder arbeiten gehen mussten, zur Depressivität. Auch in V haben diejenigen Mütter signifikant ($p=0,034$) mehr „Baby-Blues“, die eigentlich lieber eine längere Pause als vorgesehen machen würden. Auch in V neigen diese Mütter eher zur Depressivität.

Von den Müttern waren 73,8% während der Schwangerschaft (oder Teilen davon) berufstätig bzw. in einem Arbeitsverhältnis gestanden. Diese Frauen neigten etwas seltener zu „Blues“ (KSc 10,01/St.ab. 4,55 gegenüber 11,52/St.ab. 5,72), bei der Befindlichkeit im späten Wochenbett waren keine Unterschiede auffällig. Jedoch war dies nur für 25,4% keine Belastung, für 15,3% sogar eine sehr große. Mit der Postpartum-Depression scheint kein Zusammenhang zu bestehen, mit dem „Baby-Blues“ hingegen ein deutlich sichtbarer ($p=0,087$): Je belastender die berufliche Tätigkeit empfunden wurde, desto höher fällt der KSc aus.

Im Sectio-Kollektiv fällt auf, dass die meisten Frauen die Schulausbildung mit dem Abitur abgeschlossen haben.

Tabelle 10: Höchster Schulabschluss

Höchster Schulabschluss	S (%)	V (%)
Abitur, Fachhochschulreife	40,7	75,0
Realschulabschluss, Mittle-re Reife	33,3	11,0
Hauptschule, „Quali“	9,9	13,0
sonstiges	1,2	-
ohne Schulabschluss	2,5	-
keine Antwort	12,3	1,0

Frauen mit Abitur (N=34; KSc 10,81/St.ab. 5,40) wiesen im frühen Wochenbett durchschnittlich weniger Blues-Symptomatik auf als Frauen mit Hauptschulabschluss (N=8; KSc 13,75/St.ab. 4,94), aber mehr als diejenigen mit Realschulabschluss (N=27; KSc 8,59/St.ab. 3,42). Letztere schienen sich im frühen Wochenbett von allen Untergruppen am besten zu fühlen. In den anderen Untergruppen war eine Tendenz zu mehr „Blues“ vorhanden, aufgrund der kleinen Fallzahlen bleibt die Interpretation spekulativ.

Bei der Depressivität im späten Wochenbett zeigte sich ein linearer Zusammenhang mit dem Schulabschluss: Je qualifizierter dieser war, desto niedrigere EPDS-Scores wiesen die Mütter auf.

Obwohl viele der Mütter Abitur hatten, war eine abgeschlossene Lehre die häufigste Berufsausbildung.

Tabelle 11: Berufsausbildung

Berufsausbildung	S (%)	V (%)
Universität, Fachhochschule	30,9	56,0
Fachschule, Meister	16,0	14,0
Lehre	33,3	27,0
noch in Berufsausbildung	1,2	2,0
ohne Berufsausbildung	6,2	-
keine Antwort	12,3	1,0

Auch bei der beruflichen Ausbildung wiederholte sich in S der Trend, der sich schon beim Schulabschluss in Bezug auf die Postpartum-Depression gezeigt hatte: Diesmal ergab sich mit dem „Blues“ der oben dargestellte lineare Zusammenhang, nur minimal ausgeprägt allerdings bei der Depressivität. Gegenüber dem Vergleichskollektiv V fiel insgesamt in Bezug auf den (Aus-)Bildungsstand ein etwas geringeres Niveau in S auf.

4. Diskussion der Ergebnisse entsprechend der vorgestellten Hypothesen

4.1. Soziodemografie

Dass kein deutlicher Zusammenhang zwischen **mütterlichem Alter** mit dem „Blues“ oder der „Postpartum-Depression“ gefunden wurde, steht in Übereinstimmung mit einem Großteil der Literatur⁶⁵⁷, aber auch die leichte Tendenz der älteren Mütter zu weniger „Blues“ bzw. Postpartum-Depression⁶⁵⁸ kann gefunden werden, die auch als größere allgemeine Zufriedenheit mit der Geburt und dem Wochenbett, vielleicht aber auch der gesamten Lebenssituation gedeutet werden kann. Auf kausale Zusammenhänge kann nicht geschlossen werden, da kein Vergleich mit der Befindlichkeit derselben Frauen zu anderen Zeitpunkten ihres Lebens erfolgte, so dass dieses Ergebnis im Sinne einer „Momentaufnahme“ gesehen werden muss und keinen großen Interpretationsspielraum bietet.

Unerwartet viele Frauen sowohl in S als auch in V befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in **stabilen Partnerschaften**, der allergrößte Teil sogar verheiratet. Dies entspricht nicht dem derzeitigen Bevölkerungsschnitt, ist jedoch durch einen Ausleseeffekt aufgrund der Einschlusskriterien der Befragung sowie der jeweiligen Klinik Klientel erklärbar: Da eher gebildete Frauen zu einem vermehrten „Sicherheitsdenken“ neigen und diese in stabileren sozialen Verhältnissen leben, finden sich an einem Universitätsklinikum als einem Haus der - zumindest implizierten - Maximalversorgung gehäuft solche Entbindenden. Wenn man bedenkt, dass an einer Befragung mit derart komplexen und auch emotional hochbeladenen Themen ebenfalls eher Frauen mit „geeigneter“, sprich reflexionsfähiger, emotional reifer Persönlichkeit teilnehmen wollen und können, und zieht man noch die Vorbedingung ausreichender sprachlicher Fähigkeiten hinzu, so wird eine gewisser Selektionseffekt der Probandinnen in Richtung sozial etablierter Personen deutlich: Die hohe Anzahl stabiler Partnerschaften erscheint in diesem Kontext stimmig.

Fast 90% der Mütter waren **im deutschsprachigen Raum geboren**, tendenziell waren ihre „Blues“ und minimal sogar ihre PPD-Scores niedriger als die der im Ausland Geborenen. Diese Verteilung entspricht ebenfalls nicht der hiesigen demografischen Durchschnittssituation⁶⁵⁹, ist aber ebenso durch die bereits genannten Verzerrungsfaktoren zu erklären. Ein vorhandener Migrationshintergrund kann sich gerade auf die Wochenbettbefindlichkeit negativ niederschlagen, weil die soziale Isolation, unter der schon Frauen mit intaktem sozialem Umfeld nach der Geburt vor allem ihres ersten Kindes zu leiden haben, bei Frauen mit einem

⁶⁵⁷ Die ausführliche Vorstellung der Literatur erfolgte bereits sowohl hypothesenspezifisch als auch nach wissenschaftlichen Diskursen gegliedert, daher wird in der Diskussion auf den Einzelnachweis verzichtet. Sämtliche in diesem Abschnitt erwähnte Arbeiten sind dort bereits aufgeführt.

⁶⁵⁸ Die hohe Übereinstimmung von EPDS und BDI nicht nur an dieser Stelle lässt letzteren nach klassischer Auffassung als ausreichend valide in Bezug auf das Screening der PPD erscheinen.

⁶⁵⁹ Sämtl. demograf. Angaben lt. Statistischem Bundesamt Wiesbaden (2001)

durch die erfolgte Migration möglicherweise unvollständigen oder eingeschränkten sozialen Umfeld vielfach ausgeprägter in Erscheinung treten kann.

Die **Paritätsverteilung** weist keine ungewöhnlichen Abweichungen vom bundesdeutschen Durchschnitt auf, ebenso die Anzahl der vorausgegangenen **Fehl- und Totgeburten**. Lediglich der Anteil der Frauen nach **Fertilitätstherapie** scheint mit fast 20% ungewöhnlich hoch zu liegen. Das Klinikum Grosshadern unterhält jedoch eine eigene Abteilung für die Behandlung von Sterilität, es ist anzunehmen, dass sich diese Entbindenden im Sinne einer zentralen Versorgung „aus einer Hand“ an das Haus gebunden fühlen. Zusätzlich mögen oben genannte Aspekte von Expertendichte und Maximalversorgung an einem Haus der Universität solchen unter vergleichbar maximalem Aufwand schwanger gewordenen Frauen besonders attraktiv und „sicher“ erscheinen.

Die demografischen Häufigkeit von **Berufstätigkeit** in der Schwangerschaft liegt in keinem ungewöhnlichen Verhältnis zur Anzahl der Erstgebärenden. Dass nur 80% der Frauen in S im Vergleich zu 98% in V bei gleicher Altersverteilung und auch sonstigen nur geringfügigen demografischen Abweichungen eine abgeschlossene **Berufsausbildung** aufwiesen, überrascht und kann nur schwer interpretiert werden, da zu wenig spezifische Variablen abgefragt wurden.

Knapp 40% der Wöchnerinnen in S bezeichneten sich als „**religiös**“ bzw. „gläubig“. Gegenüber den Frauen, die dies verneinten, ergaben sich bezüglich „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression keine erkennbaren Unterschiede. Dieses eher unerwartete Ergebnis muss mit Vorbehalt gewertet werden, da wir zur Erfassung dieser Einflussgröße nur eine einzige dichotome Variable abgefragt hatten, womit wir bewusst in Kauf nahmen, der Komplexität dieses Themas nicht wirklich gerecht werden zu können.⁶⁶⁰ Es ist denkbar und stimmt mit dem persönlichen Eindruck der Untersucherin überein, dass die Probandinnen sich durch die im demografischen Anteil des Interviews etwas isoliert platzierte Frage irritiert oder gar überrumpelt fühlten, denn knapp 15% der Frauen weigerten sich, diese Frage in dieser Form zu beantworten.

4.2. Medikalisierung der Geburt und spezielle Geburtsumstände

Ein **längerer objektiver Geburtsverlauf** war für das Kollektiv S mit signifikant mehr „Blues“, nicht aber mit mehr Postpartum-Depression verbunden, allerdings scheint die Einflussgröße primäre oder sekundäre Sectio gewichtiger, denn dieser Effekt verliert bezüglich des Blues in der Gruppe der rein sekundären Sectiones seine Signifikanz. An der Postpartum-Depression jedoch leiden nach sekundärer Sectio tendenziell mehr Frauen als nach primärer Sectio, dies könnte bei höheren Fallzahlen noch deutlicher zum Ausdruck kommen.

Die **subjektive Geburtsdauer** wiederum wies nur für die Frauen nach sekundärer Sectio einen allerdings signifikanten Bezug zum „Blues“ auf, nicht jedoch zur Postpartum-Depression.

⁶⁶⁰ Inhaltlich wurde diese Frage unter der Hypothesengruppe „Psyche und BB/PPD“ interpretiert

Dies erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich. Bedenkt man aber, dass die Wahrnehmung des erst vor wenigen Tagen Erlebten im Interview noch sehr ungefiltert „hervorsprudelt“ oder aber verdrängt bzw. sogar geleugnet werden kann, schlüsselt sich dies auf: Für den „Blues“ scheint die akute, subjektive Wahrnehmung der Ereignisse rund um die *ungeplante* Sectio Caesarea im Vordergrund zu stehen. Die Wochenbett-Depression jedoch kann an messbaren Umständen festgemacht werden, denen damit in gewisser Weise ein **traumatisierender Charakter** zugesprochen werden kann. Nachdem in der Literatur einige Arbeiten sowohl eine akute Reaktion im Sinne eines PTSD⁶⁶¹, als auch die protrahierte Dauer oder gar Chronizität des Trauerprozesses nach einer ungeplant erlittenen Schnittentbindung beschreiben und analysieren, scheint sich diese Interpretationsmöglichkeit auch in der vorliegenden Arbeit anzubieten: Unter anderem im Abgleich mit dem Studenttagebuch kann dieser Eindruck aus den Interviews mit bereits mehrfach schnittentbundenen Müttern bestätigt werden: Oft fiel es den Müttern sogar wesentlich leichter, über ihre vorangegangenen Kaiserschnittgeburten zu sprechen, als über die gerade erlebte. Auch dies bestätigt die Latenz der Verarbeitung nachhaltiger Eindrücke der Frauen in Bezug auf ihr spezielles Geburtserlebnis und die Umstände einer Schnittentbindung.

Insgesamt bestätigten die niedrigeren „Blues“-Werte der mehrfach schnittentbundenen Mütter gegenüber denen der Frauen nach ihrem ersten Kaiserschnitt die in der Literatur überwiegend vertretene Theorie der Sectio-Entbindung bzw. ihrer speziellen Umstände als negativ empfundenen Ereignis, weisen aber auch darauf hin, dass durch gezielte Information und respektvollere Kooperation mit den Entbindenden ganz erhebliche Verbesserungen zugunsten der Befindlichkeit aller Beteiligten möglich wären:

Gerade ein **unerwarteter Kaiserschnitt** führte bei den Frauen dieses Kollektivs etwas eher zu „Blues“ und zu signifikant mehr Depressivität im späteren Wochenbett. Auch dies ergänzt die bereits genannten Ergebnisse gleichsinnig in Bezug auf die Erscheinung von depressiver Symptomatik zu einem eher späteren Zeitpunkt nach der Geburt. Interessant erscheint, dass im Sinne der in der Literatur vorgestellten Trauer- und Verarbeitungsstadien speziell in Bezug auf das Kaiserschnitt-Geburtserlebnis im frühen Wochenbett noch wenig Einfluss des Geburtsmodus an sich auf die Befindlichkeit der Wöchnerin postuliert werden kann, später scheint sich ein „Sectio-Erlebnis“ dann deutlich messbar auszuwirken.

Dass zusätzlich im „Sechs-Wochen-Bogen“ doppelt so viele Frauen mit primärer Sectio als Frauen mit sekundärer Sectio überhaupt antworteten, obwohl dieses Verhältnis bei den Interviews noch ausgeglichen gewesen war, wird von uns als Zeichen ihrer grundsätzlich besseren Befindlichkeit gewertet: Frauen nach ungeplantem Kaiserschnitt konnten oder wollten keine weiteren Angaben machen, dies führt bedauerlicherweise dazu, dass gerade von den entscheidenden Frauen - denen, deren Befindlichkeit zum zweiten Meßzeitpunkt nachhaltig beeinträchtigt war - Daten fehlen und somit nicht ins „statistische“ Gewicht fallen konnten.

⁶⁶¹ Post-Traumatic Stress Disorder

Dass eine möglichst früh während der Schwangerschaft getroffene **Entscheidung** zugunsten eines Kaiserschnittes negativ mit der „Blues“-Häufigkeit verknüpft war, deutet die Möglichkeit an, den „Baby-Blues“ - wie in der Literatur vielfach beschrieben - gerade bei Sectio-Entbundenen als PTSD-ähnliche Reaktion bewerten zu können. Für die Postpartum-Depression waren ebenfalls Frauen nach einer im ersten Trimenon bereits geplanter, primärer Sectio am wenigsten anfällig.

Im Sinne der bereits besprochenen Deutung der Postpartum-Depression als Trauerreaktion überrascht dies nicht. Möglicherweise fallen im späten Wochenbett - anders als in der Zeit unmittelbar nach dem Geburtserlebnis - andere psychosoziale Einflüsse auf die Befindlichkeit sogar noch stärker ins Gewicht. Insgesamt muss vom medizinischen Aspekt her allerdings die Frage im Raum stehen bleiben, auf welche Art und Weise und vor allem unter welcher Indikation schon im ersten Trimenon - zu Beginn der Schwangerschaft! - die Entbindung mittels Kaiserschnitt definitiv entschieden werden kann. Dieser auffällig frühe Zeitpunkt der „Indikationsstellung“ zur Sectio betraf fünf Frauen, von denen lediglich zwei offen eine „Wunschsectio“ angegeben hatten. An dieser Stelle muss ein überwiegender Einfluss nicht-medizinischer Kriterien als hochwahrscheinlich gelten.

Dass nicht die „am kurzfristigsten“ schnittentbundenen Mütter die höchste Depressivität aufwiesen, sondern tendenziell die Gruppe mit einer Entscheidung im zweiten Trimenon, kann verschiedentlich gedeutet werden: Mögen im ersten Trimenon hauptsächlich nicht-medizinische Faktoren wie Versichertenstatus und Wünsche bzw. Ängste seitens der Eltern, aber auch des/r beratenden Gynäkologen/in ausschlaggebend sein, geraten gerade im zweiten Trimenon, in dem eine Vielzahl an diagnostischen Maßnahmen - unter anderem auch der so genannte „große Ultraschall“ - durchgeführt werden, medizinische Kriterien wie z.B. Mehrlinge, Kindslage, Placenta-Anlage und mütterliche Gesundheit⁶⁶², sowie der bereits erläuterte „medizinische Risikobegriff“ ins Blickfeld wiederum der erwartungsvollen, meist auch unsicheren oder ängstlichen Eltern und des/r betreuenden Gynäkologen/in. Die Frauen, deren Entscheidung zum Kaiserschnitt in dieser Zeit fällt, empfanden dies überwiegend als negative Wendung im Schwangerschaftsverlauf, die meisten benötigten nach ihren eigenen Angaben längere Zeit, um sich mit dieser Entwicklung „abzufinden“ bzw. hofften wider Erwarten auf eine erneute Wendung des Geschehens.

Auffällig war in den Notizen des Studenttagebuches, dass offensichtlich mehrere Mütter den genauen Grund für die letztendliche Durchführung des Kaiserschnittes bei ihnen nicht angeben konnten, was ihnen zum Teil erst durch die Befragung selbst auffiel. Dies könnte - zusammen mit den allzu frühen Entscheidungen bereits im ersten Trimenon - ein Hinweis auf die von vielen Frauen beklagte und in der Literatur vielfach diskutierte ungenügende Aufklä-

⁶⁶² Beispielsweise beginnende orthopädische Probleme oder Stoffwechselentgleisungen wie Schwangerschaftsdiabetes oder HELLP-Syndrom

rung und Information der Frauen auf die Geburt im Allgemeinen, aber auch speziell in Bezug auf die Sectio Caesarea sein. Dieses Informationsdefizit in Kombination mit den geschilderten - medizinisch nicht eigentlich begründbaren - Medikalisierungsphänomenen wird nicht nur vielfach von den betroffenen Frauen, sondern explizit auch in der zeitgenössischen Forschung als Teil der gesellschaftlich sanktionierten allgemeinen Gewalt gegenüber Frauen empfunden.⁶⁶³

Das in der Literatur gelegentlich behandelte Phänomen der sogenannten „Feierabend-Sectio“ konnte im hier vorgestellten Kollektiv als Tendenz bestätigt werden, denn immerhin 20% der sekundären Sectiones fielen in die drei Stunden vor dem abendlichen Bereitschaftsdienst, sprich der überwiegenden Abwesenheit des zuständigen Facharztes bzw. Oberarztes. Dabei soll nicht unterstellt werden, dass die Uhrzeit in Kombination mit der jeweiligen personellen Besetzung regelhaft als ausschlaggebendes Kriterium zur Entscheidung für die Schnittenbindung unter laufender Geburt herangezogen wurde, ein gewisses Gewicht mag es jedoch in der Bewertung der Gesamtsituation besitzen. Möglicherweise profitieren die Entbindenden auch vom zeitigen Entschluss zur Schnittenbindung, da die hereinbrechende Nacht und die sichtbar reduzierte Personaldichte gerade bei Frauen, die sich die Entbindungsklinik unter den Aspekt der Maximalversorgung ausgesucht hatten, zu Unsicherheiten führen kann: Dazu würde passen, dass die in dieser abendlichen Zeit entbundenen Frauen im Schnitt tendenziell sogar eher niedrigere „Blues“-Werte aufwiesen. Insgesamt hatte der Entbindungszeitpunkt weder bei den primären noch bei den sekundären Sectiones Einfluss auf die Befindlichkeit im Wochenbett: Möglicherweise spielen chronobiologische Überlegungen beim Kaiserschnitt eine untergeordnete, hier statistisch nicht fassbare Rolle.

In Übereinstimmung mit der Literatur betrafen die überwiegende Anzahl der ausschlaggebenden **Indikationen** das kindliche Wohl, mindestens vier Fünftel zählten insgesamt zu den „relativen“ Indikationen, die vier führenden relativen Indikationen - Lage-/Einstellungsanomalie⁶⁶⁴, *fetal distress*, Resectio und Dystokie - machten zusammen deutlich über die Hälfte der führenden Indikationen aus. Dies entspricht den in der Literatur genannten Zahlen für die nordatlantischen Staaten und sind auch für hiesige Verhältnisse repräsentativ: Erst jüngst konnte dies in einer deutschen Studie über Wunsch-Sectiones belegt werden⁶⁶⁵. Die Gründe für diese bedenkliche Entwicklung der geburtshilflichen Kunst waren nicht Gegenstand dieser Arbeit, wurden jedoch wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung für das bearbeitete Thema im Literaturteil ausführlich dargelegt.

⁶⁶³ Vgl. Buck (1993), ANON (1991 und 1998), Nicolson (1999) u.a.

⁶⁶⁴ Nicht bereinigt um die Zahl der kindlichen Querlagen, die eine absolute Indikation darstellen, von der Prävalenz auf alle Geburten bezogen aber unter 1% ausmachen. In dieser Arbeit wurde der kindliche Lagetyp nicht differenziert erhoben.

⁶⁶⁵ Kolip und Lutz (2004) nach Rieser (2006)

Die Art der Indikation sowie die einzelnen Indikationen an sich wiesen in unserer Arbeit keinen Zusammenhang mit „Blues“ oder Wochenbettdepression auf, allerdings wird diese Aussage aufgrund der geringen Fallzahlen in den einzelnen Untergruppen relativiert: Bei größeren Fallzahlen wären deutlichere Beziehungen nicht auszuschließen, ja sogar zu erwarten, denn die Indikation steht in weiteren Zusammenhängen mit diversen **Medikalisierungsfaktoren**⁶⁶⁶, welche in der Literatur zum Teil sehr gut belegte Einflussgrößen darstellen. Den „Blues“ beeinflussten signifikant vor allem die Durchführung einer intravenösen Tokolyse⁶⁶⁷, tendenziell aber auch der so genannte „Wehentropf“.

Unsere Fragestellung konnte nicht zwischen dem situativen und dem rein medikamentös bedingten Einfluss unterscheiden, jedoch kann die Interpretation als negativer Faktor bezüglich der Befindlichkeit der Frauen eindeutig bestehen. Die hochsignifikante positive Korrelation von schmerzerleichternden Maßnahmen im Geburtsverlauf⁶⁶⁸, Geburtsdauer und „Blues“ bestätigt die Behauptung verschiedenster Autorinnen und Autoren, dass die Schmerztherapie in der Geburtshilfe oft den einzigen angebotenen *support* seitens der Klinik für die Entbindenden darstellt: Es erscheint plausibel, dass gerade Frauen mit zu wenig gefühlter psychischer Unterstützung vermehrt Schmerzmittel als „Ersatz“ erhielten, welche selbst aber nicht die Ursache der anschließenden „Befindlichkeitsstörungen“ darstellen, sondern lediglich als bessere Alternative zum „Nichts“ bezeichnet werden können:

Letztlich verursachen möglicherweise nicht die Medikamente an sich, sondern die geburtshilflich-therapeutische Fehlleistung in Form von qualitativ ungenügender Unterstützung der Entbindenden die psychische Beeinträchtigung der Frauen - bezeichnenderweise besonders ausgeprägt im frühen Wochenbett, also unter dem unmittelbaren Eindruck des Geburtserlebnisses.

Für das späte Wochenbett lässt sich dem entsprechend kein statistischer Einfluss auf die Befindlichkeit nachweisen: Auch dies erscheint stimmig, denn der Eindruck des akuten Schmerzerlebnisses wird - wie bei anderen Schmerzerlebnissen ohne Traumatisierung auch - von den Frauen offensichtlich eher zeitnah verarbeitet, im späten Wochenbett dominieren zu diesem Zeitpunkt aktuellere Einflüsse wie Stillprobleme, Partnerschaft oder Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Vielleicht sollte auch der zunehmend öfters emotional-„parareligiös“ debattierte „Wunschkaiserschnitt“ auch unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden: Eine bevorstehende Entbindung löst immer auch Ängste aus, in deren Folge verschiedene Frauen zu unterschiedlichen Mitteln der Bewältigung greifen - auch die Sectio als zunächst scheinbar „schmerzfreieste“

⁶⁶⁶ Die Durchführung von weiteren Studien mit besser eingegrenzter Fragestellung und möglichst hohen Fallzahlen oder aber einem entsprechenden qualitativem Ansatz wäre wünschenswert.

⁶⁶⁷ Die betroffenen Mütter (N=6) konnten eindrucksvoll und detailliert das übliche Nebenwirkungsprofil wie Übelkeit, Kreislaufprobleme etc. wiedergeben.

⁶⁶⁸ Dies betrifft natürlich ausschließlich Mütter mit sekundärer Sectio, die im Zuge der „normalen“ Schmerzbehandlung bei vaginalen Geburten Maßnahmen erfuhren.

und medizinisch „kontrollierbarste“ aller Geburtsmodi mag vielen Frauen als elegante und attraktive Lösung für den Umgang mit ihren Ängsten und Unsicherheiten erscheinen.

Die zwei Fälle von Sectio auf „offiziellen“ Wunsch der Mütter in dieser Stichprobe entsprachen in etwa den bundesweiten Zahlen von 2%, jedoch ist davon auszugehen, dass sich mehrere der befragten Mütter solche „Wünsche“ nicht hätten äußern trauen. Sie standen möglicherweise sogar unter dem Druck, schon alleine für sich selbst, aber konsequenterweise auch für ihr soziales Umfeld einen „medizinisch indizierten“ Weg finden zu finden. Somit sind diese speziellen Fälle in den Zahlen zum „gewünschten Kaiserschnitt“ nicht enthalten, obwohl der ausschlaggebende Grund beispielsweise für die eine oder andere gestellte Indikation „Resectio“, „anatomisches Missverhältnis“⁶⁶⁹ oder „Geburtsstillstand“ möglicherweise auf einer ganz anderen Ebene gesucht werden müsste.

An dieser Stelle muss auf sämtliche in dieser Arbeit dargestellten Medikalisierungsaspekte verwiesen werden: Es muss davon ausgegangen werden, dass die Entscheidung für oder gegen den Kaiserschnitt sich sowohl bei den betreuenden „Profis“ als auch den betroffenen Frauen auf einer individuellen, stets hochemotionalen Ebene abspielen, in deren Schatten die „medizinische Indikation“ steht, die als der „eigentliche“ Entscheidungsgrundlage Eingang in die Dokumentation findet. Dies wäre auch eine Erklärungsmöglichkeit für die Inkonsistenz der mütterlichen Beweggründe, die im Laufe des Interviews im frühen Wochenbett oft eine unerwartet zentrale Rolle spielten - bezogen auf die jeweils ärztlicherseits dokumentierten Indikationen, die sich in den hier verarbeiteten Daten wieder finden.

Schmerzen an sich beeinträchtigten die Frauen insgesamt erwarteterweise vor allem nach der Geburt in Form der OP-Wunde und den damit verbundenen Einbußen ihrer Autonomie bei der Versorgung ihrer eigenen Bedürfnisse und der des Kindes. Dass das Ausmaß des gefühlten Schmerzes mit dem „Blues“ gleichsinnige Tendenzen aufweist, überrascht daher nicht und könnte bei größeren Fallzahlen auch deutlicher werden. Auch hier zeichnen sich keine Verbindungen zur späteren psychischen Befindlichkeit ab, was die akute Bedeutung erlebter Schmerzen - wiederum ohne erfolgte Traumatisierung - unterstreicht.

In vielen Arbeiten beeinträchtigt vor allem die Vollnarkose und ihre Folgen die Befindlichkeit der Mütter sowohl im frühen als auch im späteren Wochenbett. Dies konnte anhand unserer Stichprobe nur sehr angedeutet nachvollzogen werden. Dass vor allem die kleine Gruppe der Mütter (N=5) nach kombinierten **Narkosen**⁶⁷⁰ eine besonders ausgeprägte „Blues“-Symptomatik aufwies, muss unter dem Vorbehalt der gerade bei dieser Gruppe gehäuft aufgetretenen anderen möglichen Einflussfaktoren wie geburtshilfliche „Routineabweichungen“ aller Art bis hin zu Komplikationen gesehen werden. Die spätere Depressivität trat signifikant am häufigsten und am meisten ausgeprägt bei Müttern nach reiner ITN auf, in Übereinstim-

⁶⁶⁹ In den Akten jeweils nur als „Annahme“ dokumentiert, nicht jedoch durch Messungen o.ä. objektiviert

⁶⁷⁰ D.h. ITN nach PDA

mung mit der Literatur kann dies als Ausdruck vor allem der situativen, möglicherweise⁶⁷¹ aber auch der pharmakologischen Besonderheiten und Beeinträchtigungen durch diese Narkoseform gewertet werden - vor allem bezüglich der körperlichen und seelischen Autonomie der Frauen. Ausdruck dafür waren in unserer Befragung beispielsweise der sofortige Wunsch nach Kontakt mit dem Kind: Den Müttern nach Vollnarkose ging es einem Drittel der Mütter schlecht, sie wollten ihre Kinder jedoch trotzdem sofort sehen. Einem weiteren Drittel ging es einfach zu schlecht, um dazu überhaupt in der Lage zu sein. Von den restlichen Müttern, denen es nach eigenem Ermessen gut ging, wollten allerdings ebenfalls erstaunlich viele - 16% - ihre Kinder nicht sofort sehen, weil sie zu müde waren oder die Kinder intensivmedizinisch versorgt werden mussten und sie sich die Konfrontation mit dieser Thematik noch nicht unmittelbar zutrauten.

Da die Mütter mit der schlechtesten körperlichen und seelischen Verfassung unmittelbar nach der Geburt auch die höchsten durchschnittlichen „Blues“-Werte aufwiesen, kann ein ursächlicher Bezug nicht ausgeschlossen werden.

Bei den Frauen, die den Kaiserschnitt unter PDA miterleben konnten, beschrieb es die kleinste Gruppe als negativ belastendes Erlebnis, doppelt so viele jedoch als positive Belastung und gut zwei Drittel der Frauen äußerten sich uneingeschränkt positiv. Vorherrschend war der Eindruck des „Miterlebens der Geburt“, der den Frauen nach Vollnarkose selbstverständlich vorenthalten blieb. Deutlich unterschieden sich die durchschnittlichen „Blues“-Scores dieser drei Gruppen, je positiver der Eindruck der Mütter unter der Geburt gewesen war, desto weniger „Blues“ entwickelten sie.

Auch für die spätere Depressivität galt die Richtung dieses Zusammenhanges sowohl für die ITN als auch für die PDA: Je positiver der emotionale Outcome für die Frauen bezüglich der Narkose, desto weniger wurde die psychische Befindlichkeit der Mütter beeinträchtigt.

Insgesamt gilt für die Narkosen, die beim Kaiserschnitt zwangsläufig eine große Rolle spielen, dass sie einen womöglich bisher noch zu wenig untersuchter Faktor in Bezug auf die Befindlichkeit auch bei vaginalen Geburten darstellen. Die heutigen PDA- und Kaiserschnitt-Raten betreffen mit ihren Folgen eine Vielzahl von Frauen und müssen sowohl in ihrer individuellen als auch epidemiologischen Bedeutung besser erfasst sein, wenn die Frage nach psychischen und auch körperlichen Beeinträchtigungen bei Frauen und deren möglichen Gründen ernsthaft gestellt und seriös beantwortet werden soll.

Auf die Mitteilung der Entscheidung zum Eingriff seitens des ärztlichen Personals reagierten eine überraschend große Anzahl - insgesamt fast die Hälfte - der Frauen zunächst erleichtert,

⁶⁷¹ Dies kann aufgrund der zu unspezifisch erhobenen Daten nur hypothetisch aus der Tatsache extrapoliert werden, dass eine ITN im Vergleich zur PDA mit deutlich erhöhtem und komplexerem Medikamenteneinsatz einhergeht, die im Körper verstoffwechselt werden müssen. Spezielle Untersuchungen hierzu existieren für den Kaiserschnitt in Bezug auf die Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett bisher nicht.

hauptsächlich unter dem Eindruck des Wehenschmerzes und der Dauer der Geburt, aber auch der sichtlich zunehmenden Ungeduld des Personals⁶⁷².

Die Frauen wollen den Zustand des „bangen Wartens“ für sich, aber vielfach vor allem für ihren Mann (!) und überhaupt „alle Beteiligten“, beenden. Sie schildern übereinstimmend den Druck, endlich das Kind „abzuliefern“, präsentieren zu können, und nicht alle weiterhin mit ihrer sich selbst zugeschriebenen „Unfähigkeit“ bezüglich der Geburt zu behelligen. Die befragten Mütter äußerten solche Eindrücke oft ganz spontan und ungefragt, denn diese Items wurden von uns nicht direkt erhoben, sondern unter die Notizen des Studientagebuchs einge-reiht.

Andere Mütter schilderten zunächst eher nach dem Kriterium der sozialen Erwünschtheit geformte Gedanken und Gefühle, je länger das Gespräch jedoch dauerte und je größer das Vertrauen in die Untersucherin werden konnte, desto ungefilterter erschienen die Antworten. Dies konnte soweit gehen, dass sich Antworten schließlich in ihrer Kernaussage sogar widersprachen. Dies mag für rein statistische Aussagen eine Abwertung der Reliabilität und der Validität darstellen, auf der Interpretations- und Erkenntnisebene jedoch sollte dies durch den enormen qualitativen Aussagegewinn und die dadurch ungemein erhöhte Sensitivität und Spezifität wiederum mehr als wettgemacht sein.

Die Frauen, die beunruhigt auf die ärztliche Entscheidung reagierten, neigten am ehesten zum „Blues“, die indifferenten Frauen - fast ein Drittel aller Mütter - aber wiesen von allen Gruppen die niedrigsten Werte auf. Dies könnte einerseits als Hinweis auf die protektive Wirkung einer gewissen grundlegenden emotionalen und vielleicht auch intellektuellen, bereits vorbestehenden Undifferenziertheit mancher Frauen in ihrer Persönlichkeit gewertet werden, denn: Wer könnte einer Entscheidung von solcher Tragweite ohne persönliche Präferenzen gegenüberstehen? Tatsächlich erfasst diese Mittelposition zwischen Beunruhigung und Erleichterung laut Studientagebuch vor allem Frauen, die sich extrem hin- und hergerissen fühlten zwischen Gefühlen der Erleichterung, aber auch der Angst, der Resignation, der Selbstzweifel und sogar der Verzweiflung, von Schuldgefühlen und Scham bis hin zu Resignation und Fatalismus. Dies entwertet die rein statistische Aussage in diesem Fall, und entzieht sie einem ebenfalls rein statistischen Deutungsversuch. Zur Befindlichkeit des späten Wochenbettes konnte in diesen Daten kein Zusammenhang errechnet werden.

Ein Fünftel der hier vorgestellten Mütter verneinte die Frage nach der Berücksichtigung ihrer Wünsche vor und während des Geburtsverlaufes ganz entschieden. Da dies für einige Frauen womöglich die erste Gelegenheit seit der Entbindung darstellte, eine zunächst innere, dann auch geäußerte Stellung zu dem Erlebten zu beziehen, wurde eine primär positive Antwort häufig durch angefügte Nebensätze eingeschränkt oder gar aufgehoben. Aufgrund unserer

⁶⁷² Diese Aussage fand sich im Zusammenhang mit dem Abfragen dieses Items sehr konsistent im Studientagebuch wieder, so dass sie bei der Auswertung berücksichtigt werden musste.

lediglich dichotomen Antwortmöglichkeiten wurden diese Aussagen trotzdem positiv gewertet, was die eigentliche Aussage und gefühlte Erkenntnis aus dem Studientagebuch verzerrte. Ähnlich, nur mit differenzierteren Antwortmöglichkeiten, fiel die Bewertung dieses Aspektes in Bezug auf den gesamten stationären Aufenthalt entsprechend aus, sowohl im Interview als auch in der Nacherhebung retrospektiv auf den Zeitraum des frühen Wochenbettes bezogen: Die Frauen, die sich übergangen gefühlt hatten, wiesen erwarteterweise deutlich höhere „Blues“-Scores auf, es ergab sich bei den beiden letztgenannten Fragen sogar ein gleichsinniger linearer Zusammenhang. Jedoch müssen diese statistisch so klar erscheinenden Zusammenhänge vorsichtig interpretiert und gewertet werden: Unklar bleibt, ob von Haus aus „zufriedenere“ Frauen diese Gefühle weniger äußerten und dem entsprechend, aber ohne kausalen Zusammenhang, mit ihrer Gesamtsituation zufriedener und in ihrer Befindlichkeit weniger „beeinträchtigt“ waren, oder ob tatsächlich eine messbar erhöhte Quantität an „Missachtung“ gegenüber manchen Frauen im Spiel war. Unklar bleibt auch, ob die Frauen, die weniger zu „Blues“ neigten, „genügsamer“ in ihren Bedürfnissen waren als Frauen, die „mehr Ansprüche“ stellten⁶⁷³ und damit „anfälliger“ für Enttäuschungen und den daraus resultierenden „Blues“ waren. Die Frage nach der Richtung und Kausalität bestimmter überzufälliger statistischer Zusammenhänge gleicht der Problematik von der „Henne“ und dem „Ei“: Letztendlich bleibt die Frage, welche Entität von beiden der jeweils anderen einst ursächlich voranging, nicht klärbar und damit diesbezüglich auch nicht bewertbar. Auf die spätere Depressivität ergab sich bezüglich dieses Items kein statistisch messbarer Einfluss.

Die oft defizitäre Gefühlslage schnittenbundener Frauen konnte mittels unserer Daten eindrucksvoll belegt werden: Die Enttäuschung - und deren Ausmaß - über die Tatsache, per Kaiserschnitt entbunden zu haben, wies zum Teil hochsignifikante Zusammenhänge mit einer negativ beeinträchtigten psychischen Befindlichkeit sowohl im frühen Wochenbett als auch im späteren Verlauf nach über sechs Wochen auf. Immerhin bezeichneten sich fast die Hälfte aller untersuchten Frauen als „enttäuscht“, eine Minderheit war indifferent oder aber hin- und hergerissen, gut ein Drittel waren „nicht enttäuscht“ oder gaben dies zumindest an.

Mütter nach Resectio unterschieden sich nicht von den anderen, gaben jedoch - falls sie die Enttäuschung in unserer Untersuchung bejaht hatten - an, eher beim ersten Kaiserschnitt enttäuscht gewesen zu sein, sich aber diesmal eher damit „abgefunden“ zu haben. Eher wenige Mütter reagierten auf unsere direkte Nachfrage nach Enttäuschung und Schuldgefühlen verärgert und emotional inadäquat. Auch dies kann als Zeichen für emotionale Unstimmigkeiten gewertet werden, sie hätten die entsprechenden Fragen auch unbeantwortet und vor allem *unkommentiert* lassen können, wie beispielsweise die Frage nach der Religiosität, die auch bei einigen Frauen Befremden auslöste, jedoch in keinem Fall zu emotionalen Ausbrüchen führte.

⁶⁷³ - d.h. „neurotischer“ waren -

„Etwas verpasst“ zu haben befürchteten genau die Hälfte der Frauen, eine kleine Gruppe war sich nicht sicher, ein Drittel konnte oder wollte dies nicht auf sich beziehen. Auf die Nachfrage, was durch die Sectio verpasst worden sei, lautete die stereotype Antwort aller Frauen, die diese Frage beantworteten: „Eine natürliche Geburt“.

Nun gibt es Arbeiten, die sich mit dem dieser Auffassung kulturell zugrunde liegenden Naturbegriff ausführlich und gewissenhaft auseinandersetzen und diesen letztlich als Konstrukt eines eigenen, nichtsdestotrotz abhängigen Gegendiskurses innerhalb der Natur- und Geisteswissenschaften ebenso wie in der gesellschaftlichen Allgemeinheit zum Medizin- und Hauptdiskurs als Inbegriff des „Künstlichen“ identifizieren. Diese Dimension ist nicht nur den antwortenden Frauen nicht bewusst, sondern auch vielen Autorinnen und Autoren, die die „natürliche Geburt“ im Munde führen, ohne jemals zu hinterfragen, in welchen kulturellen Zusammenhängen Begriffe wie „Natürlichkeit“ und „Künstlichkeit“ in unserer Gesellschaft stehen.

Wesentlich konkreter fühlten sich eine Vielzahl von Frauen um den ungestörten Erstkontakt zum Neugeborenen oder zu den Neugeborenen und die weniger oder gar unbeschwerliche Versorgung des Neugeborenen durch sie selbst betrogen. Interessanterweise vermissten einige auch explizit den ungestörten Kontakt zum Vater des Kindes oder der Kinder. Es fielen wiederholt die Begriffe „Ruhe“ und „Intimität“, welche ganz klar ein Defizit der Kaiserschnittgeburt mit ihren vielen (Routine-)Maßnahmen rund um die erfolgte OP *und* Geburt darstellt. Das Ausmaß des gefühlten Defizits wies enge Zusammenhänge zu „Blues“ und darüber hinaus auch zur Depressivität auf, was mit ein Anlass sein sollte, die derzeit praktizierte Sectio Caesarea und deren Begleitumstände sensibel auf mögliche Verbesserungen zugunsten der mütterlichen Befindlichkeit abzuklopfen.

Noch hilfreicher als rein statistische Aussagen könnten weitere interdisziplinär angelegte, thematisch jeweils scharf eingegrenzte Studien mit betont qualitativem Design sein.

Dass mehr Frauen die Entbindung mittels Sectio „schlechter als erwartet“ beurteilten als „schöner“, wobei sich ein Viertel der Frauen für keine von beiden Antwortmöglichkeiten entschließen wollte, spricht zusammen mit der linearen Korrelation von negativer Beurteilung und hohen „Blues“-Scores eine deutliche Sprache: Die Befindlichkeit dieser Frauen ist während einer für sie und das Neugeborene oder die Neugeborenen hochsensiblen Phase zum Teil massiv durch diverse Umstände beeinträchtigt: Eine Gesamtsituation, die offensichtlich noch Verbesserungspotential birgt.

4.3. Körperkontakt zwischen Mutter und Kind

Bei einer Kaiserschnittentbindung stellt sich die körperliche Kontaktmöglichkeit von Mutter und Neugeborenem als massiv eingeschränkt dar, vergleicht man die beiden Kollektive S und V: Während in der ersten Untergruppe nur ein Viertel der Mütter unmittelbar nach der Geburt

und weitere 17% wenigstens nach einer kurzen Untersuchung mehr oder weniger Körperkontakt mit ihrem Kind oder ihren Kindern aufnehmen konnten, war dies in der zweiten Untergruppe für über zwei Drittel der Mütter und Kinder möglich. Da auch eine kurze Berührung mit dem Finger in S als Kontakt gewertet worden war, muss dies Rate „erfolgreicher“ Körperkontakte trotz den Einschränkungen durch die OP-Situation als erstaunlich niedrig gewertet werden, zumal zwei Drittel der Mütter keine Vollnarkose hatten und damit wach und ansprechbar gewesen waren. fast die Hälfte aller Kinder war nach der Entbindung sofort aus dem Raum gebracht worden; die Gründe dafür waren nicht im einzelnen erfasst worden. Verglichen mit der Zahl der nach der Geburt in irgendeiner Art und Weise therapiepflichtiger Kinder von ungefähr einem Drittel bei einem „Frühchen“-Anteil von ungefähr 40% stellt sich die Frage, warum noch mehr Kinder sofort weggebracht worden waren, ohne vorher wenigstens kurz ihre Mutter „streifen“ zu dürfen. Da die „Risikokinder“ eher von Müttern in ITN entbunden worden waren, kann die mütterliche Narkoseform statistisch⁶⁷⁴ ebenfalls wenig zu den eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten beigetragen haben. Nachdem in der bereits angeführten Literatur die Bedeutung des frühen und möglichst ausführlichen Körperkontaktes zwischen Müttern und ihren Kindern unbestritten erscheint, erstaunt diese „Realität“. Da in V nur knapp 10% der Kinder sofort weggebracht worden waren, müssen die Kontakthindernisse zusätzlich zur vermehrten pränatalen Morbidität bei Kaiserschnittentbindungen zusätzlich im Geburtsmodus und seinen spezifischen Begleitumständen zu suchen sein.

Falls der Körperkontakt zustande kam, dauerte er mit über zwei Stunden im Schnitt in S nicht kürzer als in V, dies erscheint in Bezug auf die oben angeführten Umstände interessant. Beide Gruppen unterschieden sich erstens jedoch sehr im Zeitpunkt des Zustandekommens dieses ersten Körperkontaktes: Während in V der Kontakt meist unmittelbar nach der Geburt stattfand, gelang dies bei den „Sectio-Müttern“ überwiegend erst im Aufwachraum - also mit einer halben bis einer ganzen Stunde „Verspätung“ - oder gar erst auf Station, d.h. mit einer Verzögerung von über einer Stunde oder gar erst am nächsten Tag, vor allem natürlich, wenn die Kinder intensivpflichtig gewesen waren. Zweitens verzerrt der Durchschnitt aufgrund weniger „Ausreißerinnen“ mit stundenlangem bzw. kontinuierlichem Körperkontakt das klinische Bild erheblich: Beinahe die Hälfte der Frauen hatte nicht mehr als fünf Minuten Zeit - ein erstes Anliegen schied hiermit aus, ein weiteres Fünftel bis zu einer halben Stunde - ein erstes Anliegen wäre theoretisch möglich gewesen, war aber nur in wenigen Fällen durchgeführt worden.

Die Mütter mit dem längeren Erstkontakt wiesen sowohl in V als auch in S tendenziell weniger „Blues“ auf - dieser Bezug war linear. Kontrolliert mit den Einflussvariablen „therapiepflichtiges Kind“ und „Narkoseart“ wird diese Tendenz für S signifikant, während - ebenfalls in S - zwischen der Gesundheit der Kinder an sich und dem „Blues“-Score kein Zusammenhang gefunden werden konnte, lediglich zwischen der Gesundheit der Kinder und der Dauer

⁶⁷⁴ im Einzelfall jedoch war der Einfluss zum Teil erheblich gewesen: Wenn die Mutter ihre Narkose zuerst „ausschlafen“ muss, wird ihr Interesse und ihre individuelle Kapazität bezüglich der Erstkontaktes zu ihrem Kind oder ihren Kindern beeinträchtigt.

des ersten Körperkontaktes - wobei, wie oben gezeigt, letzterer wiederum mit der Ausprägung des „Blues“ zusammenhängt. Bezieht man in die Interpretation noch die Tatsache mit ein, dass Frauen mit unmittelbar nach der Geburt ermöglichtem Körperkontakt durchschnittlich etwas weniger „Blues“ aufwiesen, wohingegen sich die Frauen mit dem verzögerten Erstkontakt von einer Stunde und mehr bezüglich ihrer Befindlichkeit im frühen Wochenbett nicht mehr voneinander unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass der Parameter „möglichst früher und intensiver körperlicher Erstkontakt“ in seiner Bedeutung und praktischen Auswirkung auf die mütterliche Befindlichkeit im frühen Wochenbett in der klinischen Routine rund um die Sectio Caesarea immer noch eher unterschätzt wird.

Im späteren Wochenbett weist die Dauer des ersten Körperkontaktes noch immer überzufällige Zusammenhänge mit der psychischen Befindlichkeit der Mütter auf: Auch die Depressivität erscheint umso ausgeprägter, je kürzer der initiale Körperkontakt gewesen war. Da aber auch die postnatale kindliche Morbidität und die Häufigkeit der Vollnarkosen den gleichen, wenn auch schwächeren Zusammenhang aufweisen, muss die Interpretation unter Vorbehalt erfolgen. Deutlich stellte sich der Bezug zwischen der späteren Befindlichkeit der Frauen und der Tatsache, dass das Kind unmittelbar nach der Geburt aus dem Raum gebracht worden war, dar. Die Gründe für das sofortige Entfernen dieser Neugeborenen sind möglicherweise ein Hinweis auf eine zum Teil nachhaltige Beeinträchtigung ihrer Gesundheit, die auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt für die jeweilige Mutter noch von Bedeutung war. Dies erklärt eine solche Korrelation eventuell eher als die Annahme, die schnelle Entfernung des Kindes als einmalige Maßnahme unmittelbar nach der Geburt könne die Befindlichkeit der Mutter so nachhaltig beeinträchtigt haben.

Bezüglich der Dauer des täglichen Körperkontaktes im frühen Wochenbett unterschieden sich die Kollektive V und S beträchtlich; die Mütter aus V hatten doppelt so lange Zeit Körperkontakt wie die Mütter aus S. Diese Dauer zeigte keinen Bezug zur Dauer des Erstkontaktes, was in Anbetracht der sehr verschiedenen Umstände unmittelbar nach der Geburt und auf der Wochenstation auch nicht zu erwarten gewesen wäre. Für die mangelnde Vergleichbarkeit auch der dann häuslichen Umstände im späteren Wochenbett spricht der fehlende Zusammenhang mit der Körperkontaktdauer zum zweiten Messzeitpunkt. Dass weder für „Blues“ noch für die Depressivität bezüglich der Dauer des Körperkontaktes im frühen Wochenbett ein statistischer Einfluss gefunden werden konnte, entspricht nicht unseren Erwartungen, da in der Literatur gerade für Kaiserschnitt-Entbundene der Körperkontakt im frühen Wochenbett als „Ausgleich“ für die situativ bedingten Defizite beim Erstkontakt gemeinhin für essentiell erachtet wird.

Im späteren Wochenbett näherte sich die Dauer des täglichen Körperkontaktes in den Kollektiven S und V an, insgesamt stieg diese damit für die Frauen aus S um das doppelte an. Die Befindlichkeit korrelierte jedoch weiterhin nicht statistisch mit diesem Item, zur Interpretation muss das im vorhergehenden Abschnitt gesagte in Betracht gezogen werden. Möglicherweise

liegt der entscheidende Einfluss nicht bei der Dauer des Körperkontaktes, sondern in seiner Qualität. Diese erfassten wir nur ungenügend, weiteren Studien diesbezüglich wäre konsequenterweise zusätzlich ein stark qualitativ orientierter Ansatz zu empfehlen.

4.4. Stillen

Ein Viertel der Frauen aus S pumpten zum Zeitpunkt der Befragung ab, da die mit der Schnittentbindung und vorgegeben Risikofaktoren wie Mehrlingen, Frühchen etc. verbundene kindliche Morbidität das Stillen in diesen Fällen vorläufig noch nicht zuließ. Prinzipiell repräsentierte diese zeit- und motivationsaufwändige Maßnahme jedoch den unbedingten Wunsch der betroffenen Mütter nach einer intakten Stillbeziehung. Da aufgrund der Problematik diese Frauen nicht als im klassischen Sinne stillend, jedoch mit Stillschwierigkeiten in größtem Ausmaß behaftet gelten konnten, bedarf die Interpretation der Daten zu dieser Hypothese einiger Umsicht. Dass fast alle Frauen, die Stillprobleme hatten, diese auch als überwiegend sogar *sehr* belastend empfanden, erscheint intuitiv-empirisch nachvollziehbar, muss jedoch statistisch als ungewöhnlich deutliches Ergebnis gelten. Ebenso erscheinen Stillschwierigkeiten bei über der Hälfte aller stillenden Mütter als eindrucksvoll hohe Zahl. Dies könnte einerseits als Beleg für den in der Literatur zu den einzelnen Hypothesen bereits erklärten, heutzutage allgemein herrschenden „Stilldruck“ im Sinne einer bestimmten Erwartungshaltung an die Mütter gelten. Ebenso könnte dies aber auch ein Ausdruck für die umständebedingte Erschwernis des als elementar empfundenen Bedürfnisses dieser Mütter sein, für ihr Kind „nur das Beste“ geben zu wollen. Dass beide Thesen miteinander über den soziokulturellen Hintergrund in einer manchmal nicht ausreichend wahrgenommenen Verbindung stehen, konnte im Literaturteil bereits belegt werden. Dazu passt, dass - von uns primär so nicht erwartet - die stillenden Mütter im Schnitt höhere „Blues“-Scores aufwiesen als diejenigen, die aus der Flasche fütterten und mit diesem Verlauf - gewollt oder eigentlich vorher nicht gewollt - bereits „ihren Frieden gefunden“ hatten, während die Stillmütter mit diversen Problemen umzugehen hatten, die sich auf die Befindlichkeit dann erwarteterweise doch negativ auswirken konnten und offensichtlich auch taten. Dass die Frauen, die abpumpten, zwischen den beiden Gruppen bezüglich ihrer „Blues“-Werte lagen, passt somit ebenfalls in das Gesamtbild: Möglicherweise geht die hohe Beeinträchtigung der stillenden Mütter mit Spezifika der Kaiserschnittentbindung einher wie z.B. dem Wundschmerz: alle Mütter außer denen, die noch einen periduralen Schmerzkatheter liegen hatten, litten zum Befragungszeitpunkt noch unter zum Teil erheblichen Schmerzen; aber auch mit Beeinträchtigungen verschiedenster Art, beispielsweise durch parenterale Zugänge. Möglicherweise kommen diese in der Phase des Abpumpens nicht so zum Tragen wie im direkten Umgang mit dem Säugling selbst, denn in V konnte unsere Nullhypothese verifiziert werden: Hier zeigten die stillenden Frauen weniger „Blues“-Symptomatik als die nicht-Stillenden.

Zwischen den Stillproblemen des frühen und des späteren Wochenbettes bestand kein statistischer Zusammenhang, auch dies kann wohl eher auf die gänzlich verschiedenen Rahmenbedingungen des stationären bzw. häuslichen Umfeldes als auf den zeitlichen Verlauf an sich bezogen werden. Zu diesem Zeitpunkt waren die stillenden Mütter in V psychisch eher beeinträchtigt als die Mütter, die ausschließlich aus der Flasche fütterten. Die Kollektive V und S unterschieden sich hier wiederum diametral in ihrer Tendenz: In S waren die Stillenden weniger depressiv. Möglicherweise spielen hier mehrere, bereits im Literaturteil vorgestellte Erwägungen eine Rolle: Die Flaschenfütterung macht die Mutter einerseits unabhängiger, sowohl berufliche als auch private Spielräume öffnen sich. Wenn die Mütter dies zu nutzen verstehen, nimmt dies erwiesenermaßen einen positiven Einfluss auf die psychische Befindlichkeit der Frauen, ihre personelle Autonomie wird gestärkt und das Problem der sozialen Isolation von Müttern gerader kleiner Kinder verringert. Beeinträchtigt können diese positiven Effekte andererseits durch gesellschaftlichen Druck aufgrund sozialer Erwartungshaltungen: Da von Müttern erwartet wird, sich maximal für das Wohl ihres Kindes⁶⁷⁵, welches durch soziale Normen genau definiert wird, zu engagieren, werden die meisten Mütter versuchen, diesen Erwartungen so gut wie möglich nachzukommen, um eine „gute Mutter“ zu sein. Kaiserschnittentbundene gelten aufgrund ihrer häufig defizitären Gefühlslage diesbezüglich als besonders anfällig. Hier kann Spielraum zu Ungunsten der Mütter eingeengt werden, dies an sich nimmt gut belegte Einflüsse auf die psychische Situation auch junger Mütter. Möglicherweise ist in solchen Zusammenhängen auch eine Ursache für den Umstand zu suchen, dass nur ein Drittel der Mütter, die den „Sechs-Wochen-Bogen“ beantwortet hatten, noch stillten - wobei zum ersten Befragungszeitpunkt noch ungefähr 90% zumindest geplant hatten, zu stillen. Nachdem zu diesem späteren Zeitpunkt immer noch fast 40% der Frauen mit Stillproblemen kämpften und tendenziell depressiver als die restlichen Frauen waren, muss die Frage nach dem Optimierungspotenzial in dieser mittlerweile sowohl medizinisch als auch gesellschaftlich eindeutig bewerteten Angelegenheit gestellt werden, zumal die Befindlichkeit der Frauen unter dieser wiederum defizitären Selbsterfahrung, dem „Nicht-erfüllen-können“ dieser von sich selbst, aber auch von der Gesellschaft gestellten Anforderung, zu leiden scheint.

4.5. Seklusion und Betreuung im stationären/frühen Wochenbett

Über die Hälfte der Mütter schliefen während des frühen Wochenbettes schlechter als gewöhnlich ein und auch durch, dies ging tendenziell mit mehr „Blues“ und später auch mit etwas mehr PPD einher. Es sei betont, dass die Schlafstörungen aufgrund der direkten Versorgung des Kindes oder der Kinder hier natürlich ausgeklammert wurden. Dem statistischen Zusammenhang mit der Postpartum-Depression zufolge lässt sich nicht ausschließen, dass die

⁶⁷⁵ Unbestritten sei die Bedeutung des Stillens als evolutionär erfolgreiche, maximal physiologische Ernährungsmöglichkeit für den Säugling inklusive seiner fundamentalen sozialen und auch sexuellen Bedeutung.

Schlafproblematik kein akutes, vorübergehendes Phänomen gewesen war. Möglicherweise waren die Schlafstörungen Ausdruck der psychischen Alteration im Kontext der besonderen postpartalen Situation, möglicherweise aber auch eine empirisch nachvollziehbare Ursache eben dafür. Ein Drittel der befragten Frauen mit Schlafschwierigkeiten konnte keinen konkreten Grund nennen, ein weiteres Drittel gab Schmerzen verschiedenster Art, hauptsächlich Narbenschmerzen, an: Dies sind erstaunlich wenige, die deswegen nicht gut schlafen konnten - gaben doch über die Hälfte der Frauen zum Befragungszeitpunkt noch an, generell unter den Wundschmerzen zu leiden.

Bei den restlichen Frauen dominierten agitierte und neurasthenische Symptome: Somit erfüllten gerade letztgenannte Mütter interessanterweise viele Kriterien des klinischen Bildes für das Vorliegen einer manifesten Befindlichkeitsstörung im Sinne eine „Babyblues“.

Die Häufigkeit des Aufwachens wies keinen linearen Bezug zur Ausprägung des „Blues“ auf, jedoch entwickelten Mütter, die besonders oft aufwachten, hochgradig ausgeprägten „Blues“. Bezüglich der Depressivität im späteren Wochenbett ergaben sich zum Schlaf im frühen Wochenbett keine Zusammenhänge, was vorsichtig als Hinweis darauf gewertet werden könnte, dass die Schlafstörungen tatsächlich unter den besonderen Umständen des frühen Wochenbettes auftraten und nicht als Anzeichen einer sowieso vorbestehenden und deshalb auch persistierenden Depression gewertet werden können.

Wenn man die Gründe für das Erwachen der Mütter aus dem Schlaf analysiert, erstaunt die niedrige Anzahl derer, die alleine wegen der Kinder erwacht. Dies ist zum einen dadurch begründbar, dass ungefähr ein Drittel aller Kinder aus medizinischen Gründen zum ersten Befragungszeitpunkt auf der Kinderstation oder der Neugeborenen-Intensivstation untergebracht waren, zum anderen gaben sehr viele Mütter ihre Kinder Nachts zu den Kinderschwestern. Zusätzlich erfasste diese Antwortmöglichkeit diejenigen Mütter nicht, die auch noch aus anderen Gründen erwachte. Insgesamt erwachten ungefähr die Hälfte der Mütter unter anderem wegen ihrer eigenen Kinder. Dass diejenigen Mütter, die ihre Kinder nicht nachts bei sich im Zimmer hatten und sich quasi unter Supervisionsbedingungen auf den Umgang mit dem Neugeborenen einstellen konnten, nach der Entlassung nach Hause prädestiniert für Überforderungssymptomatik wären, lässt sich hier nur im Zusammenhang mit der häufig geäußerten Angst vor der Überforderung nach der Entlassung zu Hause vermuten, aber nicht hinreichend belegen. Wegen der Zimmernachbarinnen bzw. deren Kind oder Kinder wurden immerhin ein Viertel der Frauen regelmäßig zusätzlich aus dem Schlaf geweckt, u.a. wegen „Sorgen und Grübeleien“ über ein Fünftel und aufgrund der gestörten Privatsphäre bzw. der nächtlichen Gegebenheiten auf Station inklusive der pflegerischen Routine fast ebenso viele. Erstaunlicherweise gaben nur unter 3% der Mütter stärkere Schmerzen als Grund für das nächtliche Aufwachen an. Zu höheren „Blues“-Werten neigten diejenigen, die unter anderem auch wegen ihren „Sorgen und Grübeleien“ erwachten, ebenso wie jene, die sich von ihrer unmittelbaren Umgebung, das heißt von der Krankenhaussituation, aber auch von den Nachbarinnen im Zimmer gestört fühlten. Die beiden Frauen, die wegen der Schmerzen aufwachten, wiesen eher niedrige „Blues“-Scores auf, aufgrund der Fallzahl ist diese Aussage statistisch jedoch

wertlos. Bezüglich der späteren Depressivität fallen höhere Durchschnittswerte bei den „Grüblerinnen“ auf, sowie bei denen, die sich durch die Krankenhausumgebung als solche gestört fühlten. Bezüglich letzterer bleibt die Richtung des Zusammenhanges unklar, Frauen mit vorbestehend depressiver Grundstimmung könnten gegenüber einer Störung ihrer Privatsphäre - welche ein Krankenhausaufenthalt jedweder Art zwangsläufig mit sich bringt - weniger tolerant sein als nicht-depressive Frauen. Dies gilt im Grunde genommen auch für die nachts grübelnden Frauen, wobei eine vorbestehende Depressivität sich auch akut postpartal um dieses Symptom „angereichert“ bzw. zusätzlich verstärkt haben könnte. Da das „Grübeln“ jedoch ein diagnostisches Kriterium sowohl bei der Depressivität⁶⁷⁶ als auch beim „Baby-Blues“⁶⁷⁷ darstellt, sei dieses Ergebnis trotz seiner nicht vollständig aufschlüsselbaren Bedeutung herausgehoben.

Unter dem Aspekt der unklaren Einflussrichtung muss auch die Tatsache gesehen werden, dass diejenigen Frauen, die das Aufwachen explizit als Belastung empfanden, deutlich höhere „Blues“- und EPDS-Scores aufwiesen als diejenigen Frauen, die das Aufwachen laut eigener Aussage nicht belastete - unabhängig von der absoluten Anzahl der Weckereignisse.

Je zufriedener eine Mutter mit der Geburtsklinik insgesamt war, desto weniger neigte sie zum „Blues“, auf die spätere Depressivität nahm dieses Item keinerlei statistischen Einfluss, so dass auch hier von einem zeitlich eher begrenzten Einfluss auf die Befindlichkeit der Mütter ausgegangen werden kann. Dieser Zusammenhang wiederholte sich ebenfalls in Bezug auf die Zufriedenheit der Wöchnerin mit ihrem Zimmer. Interessant erscheint, dass beinahe die Hälfte der befragten Kaiserschnitt-Wöchnerinnen alleine in einem Zimmer untergebracht war und diese trotz ausgeprägterem Risikoprofil bzw. höherer kindlicher postpartaler Morbidität deutlich niedrigere „Blues“-Werte aufwiesen als die Frauen aus den Zweibett-Zimmern, was wiederum auf den protektiven Effekt einer Seklusion vor allem im frühen Wochenbett hinweisen könnte. Mit der Betreuung durch das Personal der Wochenstation waren - wie auch bezüglich der Klinik und des Zimmers - ungefähr zwei Drittel der Mütter insgesamt zufrieden, wenngleich hier die vergleichsweise geringste Zufriedenheit im Vergleich der genannten Faktoren untereinander herrschte. Auch hier führte die Zufriedenheit der Wöchnerinnen zu hochsignifikant niedrigeren „Blues“-Werten.

Angemerkt sei noch, dass der subjektive Eindruck des die jeweilige Mutter betreuenden Pflegepersonals betreffs deren psychischer Stabilität und Stimmungslage⁶⁷⁸ sich weder mit dem subjektiven Eindruck der Untersucherin noch mit der Datenlage deckte: Möglicherweise ist die professionelle Sensivität des betreuenden Personals bezüglich dieser Problematik noch nicht ausreichend entwickelt.

⁶⁷⁶ Vgl. BDI- und EPDS-Beschreibungen, Kap. 3.2.3.1.

⁶⁷⁷ U.a. nach Kennerly (1989)

⁶⁷⁸ Im Studientagebuch festgehalten

Die von den Müttern überwiegend sowohl als zu lang als auch zu häufig empfundenen Besuche stimmt für V und S überein. Täglich durchschnittlich über drei Stunden Besuch zu empfangen überforderte sowohl schnittentbundene als auch vaginal entbundene Mütter, obwohl ein Drittel aller Frauen angab, sich den Besuch nach ihren Bedürfnissen selbst einzuteilen: Offensichtlich sind die Mütter im frühen Wochenbett schlecht in der Lage, ihre Privatsphäre von sich aus aufrechtzuerhalten, damit die Etablierung der Mutter-Kind -Beziehung - des fragilen Gleichgewichtes der zum Teil sehr divergierenden Bedürfnisse zweier Individuen auf engstem sozialen Raum - möglichst ungestört von statten gehen kann. Nachdem diejenigen Frauen, die den Besuch selbst regeln wollten, auch noch minimal höhere „Blues“-Werte im Vergleich zu den anderen Frauen ihres Kollektivs aufwiesen, kann aufgrund dieser Daten die Frage nach einem erhöhten sozialen und gleichzeitig psychischen Druck gestellt werden, dem sich diese Mütter möglicherweise ausgesetzt sehen: Einerseits besteht das mütterliche Bedürfnis nach Seklusion, nach einem geschützten, überschaubaren Raum mit möglichst wenig Störfaktoren, um die Beziehung zum Neugeborenen entwickeln zu können, es als Individuum, aber auch als Säugling mit seinen universellen Bedürfnissen kennenzulernen. Andererseits möchten die jungen Eltern ihrer sozialen Umgebung etwas präsentieren, sozusagen das Produkt ihrer monatelangen Sorge und Mühe, und Anerkennung bekommen. Zwischen diesen beiden Polen spielt sich die Entscheidungsfindung einer Mutter ab, die den Besuch „regelt“ - ein Ausdruck für ihre selbst gefühlte Mündigkeit, allerdings mit der Tücke des sozialen Anspruchs ihrer Umgebung gekoppelt, sie ab sofort als glückliche oder gar „strahlende“ Mutter mit unbegrenzten Energiereserven erleben zu dürfen. So wird sie sich, um diesem „Außenbild“, dieser „mythischen Mutterrolle“ entsprechen zu können, über ihr möglicherweise aufgrund der Strapazen der Kaiserschnittgeburt überdurchschnittlich ausgeprägtes Seklusionsbedürfnis hinweggehen und sich Besuch einladen, der sie eigentlich momentan überfordert. Dies könnte die Neigung ausgerechnet dieser „organisierten“ Frauen zu einem ausgeprägteren „Blues“-Bild einordnen. Dass sich diese leichte Tendenz auch im EPDS nach mehreren Wochen noch wiederholt, mag ein Hinweis auf die in der heutigen Gesellschaft fehlende bzw. nur noch rudimentär oder in Form von medizinischen Ritualen bestehende, in Bezug auf psychische Beeinträchtigungen aber ausgesprochen protektiv wirkende Wochenbettkultur sein, welche sich weltweit nicht nur durch auffallend rigide Rituale auszeichnen, sondern auch meist bezüglich des Merkmals der Seklusion als wesentlichem Bestandteil kongruent erscheint.

Zwei Drittel der Wöchnerinnen sind mit dem ihnen vorgeschlagenen Entlasszeitpunkt zufrieden, ein Fünftel würde gerne früher nach Hause gehen, während eine Minderheit noch länger bleiben möchte. In Bezug auf die Ausprägung des „Blues“ geht es den Müttern am besten, die nicht unter Druck stehen - weder unter dem, früher nach Hause zu wollen, was mit den höchsten durchschnittlichen „Blues“-Scores einherging, noch unter dem, noch nicht so schnell nach Hause zu wollen, beispielsweise weil man dann alleine mit einem oder mehreren Neugeborenen und eventuell noch Geschwisterkindern zurechtkommen müssen würde.

4.6. Umgang und Probleme mit dem oder den Neugeborenen

Dass in einem Drittel der Fälle die Babys therapiepflichtig waren und damit nicht im Zimmer bei der Mutter untergebracht sein konnten, zeigte auf die Ausprägung des „Blues“ eine überraschende Auswirkung: Durchschnittlich hatten diese Mütter die niedrigsten Scores. Einerseits erscheint dies unverständlich, ist doch anzunehmen, dass diese Mütter überdurchschnittlich viel „begründeten“ Anlass zur Sorge um ihr(e) Kind(er) hätten und damit im Mittel unter einer schlechteren psychischen Verfassung leiden könnten. Dass diese spezifischen Sorgen, die diese Mütter sehr wohl äußerten und die wir vor allem im Studenttagebuch dokumentieren konnten, keinen „verstärkenden“ Einfluss auf den „Blues“ nahmen, eröffnet weite Interpretationsspielräume: Dass der „Blues“ möglicherweise keinen simplen direkten Kausalitätsschema unterliegt, sondern Ausdruck einer komplexen Reaktion der menschlichen Psyche auf eine Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt, die ihrerseits wiederum gewissen Zusammenhängen unterliegen, wurde bereits an verschiedenen Stellen dieser Arbeit versucht zu zeigen.

Dennoch seien zwei Interpretationsmöglichkeiten kurz angerissen: Zum einen könnte das Phänomen dieser besonders niedrigen „Blues“-Scores auch der „Verdrängungsphase“ in einem frühen Stadium der bereits vorgestellten „Trauerreaktion“⁶⁷⁹ zuzuordnen sein. Zusätzlich könnte dies auch als Hinweis auf die Spezifität dieser Befindlichkeits-„Störung“ gewertet werden. Andererseits werden gerade diese „Problemkinder“ medizinisch hochprofessionell und seitens der Eltern auch spürbar mit maximalem medizintechnischen Aufwand und ausgeprägter emotionaler Empathie seitens des beteiligten Personals betreut. Die Mutter kann ihre Sorgenlast auf diese Weise zu einem großen Teil gerade auch von der affektiven Seite her an die „Profis“ abgeben - was von den befragten Müttern her als unglaublich erleichternd empfunden wurde. Auf diese Weise fühlten sich gerade jene Mütter bestens betreut, ja sogar „geschützt“ vor den schicksalsbetonten Variablen, die beispielsweise bei der Geburt eines oder mehrerer sehr kleiner „Frühchen“ zum Tragen kommen.

Von den anderen Müttern kümmerten sich etwa die Hälfte rund um die Uhr um ihre Neugeborenen, die andere Hälfte der Mütter gab ihre Babys nachts ins Kinderzimmer ab. Dass nun letztere mehr „Blues“ ausprägten als die Mütter, die die Versorgung ihrer Kinder bereits rund um die Uhr bewerkstelligten und sich diese damit selbst mit mehr oder weniger „Überforderung“ bzw. Hilfestellung durch das Personal eben auch zutrauten, entsprach unseren Erwartungen. Wir waren von einem möglicherweise „protektiven Effekt“ der Anwesenheit des Neugeborenen bezüglich mütterlicher Dysphorie ausgegangen, dies kann jedoch mit einem Seitenblick auf die zuvor schon vorgestellten Mütter der behandlungspflichtigen Kinder nicht unter allen Umständen aufrechterhalten werden. Möglicherweise wirkt nicht die Präsenz des Kind selbst, sondern das Selbstvertrauen der Mütter in ihre Fähigkeiten, diesem gerecht zu werden, protektiv in Bezug auf eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit unmit-

⁶⁷⁹ Vgl. Kap. 2.4.1.

telbar postpartum. Passend zu dieser Überlegung neigten in unserer Arbeit diejenigen Mütter, die ihre Kinder nachts abgeben, zu mehr „Blues“: Möglicherweise gaben diese ihre Neugeborenen deshalb nachts ab, weil sie sich mit deren adäquater Versorgung - noch? - überfordert fühlten, was sich aber entweder eher negativ auf ihre Befindlichkeit auswirkte oder aber bereits aufgrund einer vorbestehenden schlechteren psychischen Verfassung nötig geworden war, um der wie auch immer gearteten gefühlten „Überforderung“ entgegenzuwirken.

Der psychische Zustand wenige Wochen später zuhause, den EPDS und BDI übereinstimmend reflektierten, könnte die Annahme bestätigen, dass Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Mutterschaft mit weniger Depressivität einhergeht: Die niedrigsten Scores wiesen jetzt die Mütter auf, die sich von Anfang an um ihre Kinder gekümmert hatten und dies auch so gewollt hatten. Diejenigen Frauen, die ihre Kinder nur nachts abgegeben hatten, neigten auch zu diesem Zeitpunkt im Mittel zu einer schlechteren psychischen Befindlichkeit. Mit Abstand am schlechtesten ging es im späten Wochenbett jedoch den Müttern der Frühchen und sonstigen medizinischen „Problemkinder“: Dies ist sicherlich von zusätzlichen Faktoren wie Länge des Klinikaufenthaltes, Prognose der kindlichen oder auch der mütterlichen Gesundheit bzw. Krankheit und diversen psychosozialen Begleitumständen beeinflusst, jedoch kann auch hier postuliert werden, dass jeweils die Selbstsicherheit der Mutter in Bezug auf die zu meisternden Problematiken einen mildernden bzw. protektiven Einfluss auf die Ausprägung von Befindlichkeits-„Störungen“ nimmt. In diesen insgesamt höheren Depressivitäts-Scores spiegelt sich nicht die Ursächlichkeit von Frühgeburtlichkeit und kindlichen Gesundheitsproblemen für eine negative psychische Beeinträchtigung an sich wider, sondern die insgesamt höhere Anforderung an die Fähigkeit des *coping*⁶⁸⁰ der einzelnen Mutter aus dieser Untergruppe.

Verdeutlicht werden diese Überlegungen, wenn man die Gruppe der Mütter von überhaupt im Laufe ihres stationären Aufenthaltes behandelten Kindern mit der Gruppe derer, deren Kinder keinerlei medizinische Therapie erhielten, vergleicht.

Speziell bezüglich der Mehrlingsmütter bleibt noch anzumerken, dass diese den „Sechs-Wochen-Bogen“ auffallend weniger beantworteten als die Mütter mit nur einem Baby. Zusätzlich fand sich gehäuft ein Kommentar betreffs des Zeitmangels der entsprechenden Mutter, zweimal sogar mit dem Vorwurf, die Beantwortung des Bogens verbrauche die Zeit, die für die Versorgung der Kinder benötigt werde. Hier kommt vor allem eine emotionale Botschaft an, die statistisch nicht fassbar ist, dennoch eindrucksvoll unterstreicht, welchem enormen Druck gerade diese Mütter ausgesetzt zu sein scheinen.

Da sich die Gruppe der Mütter, die „Frühchen“ zur Welt gebracht hatten, nicht mit der deckte, deren Kinder im frühen Wochenbett rund um die Uhr „woanders“ - also auf der Neugeborenenintensivstation - untergebracht gewesen waren, kommen zusätzliche Überlegungen ins Spiel, denn offensichtlich korrelierte ein niedriges Geburtsgewicht völlig unerwartet *gleich-*

⁶⁸⁰ LoCicero (1993)

sinnig mit der Ausprägung des „Blues“: Die Mütter der kleinsten Kinder neigten am wenigsten zur Dysphorie: Da dieses Ergebnis in seiner Ausrichtung eindeutig ausfiel, jedoch statistisch kein Signifikanzniveau erreichte, könnte dies auch ein zufälliger Effekt ohne eigene Aussage sein. Möglicherweise aber widerspricht dieses Ergebnis der von uns favorisierten Annahme, dass das Ausmaß des „Blues“ hauptsächlich von sogenannten „Alltagsproblemen“ - d.h. der Gestaltung der sozialen Faktoren rund um die Geburt - beeinflusst werden könnte. Denkbar wäre aber auch hier - wie oben bereits beschrieben - der Einfluss eines zunächst verdrängten Trauerprozesses, denn im späteren Wochenbett weisen genau diese Mütter wiederum hochsignifikant eine überdurchschnittlich schlechte Befindlichkeit in Korrelation zum niedrigen Gestationsalter auf. Möglicherweise sind sich die Frauen kurz nach der Geburt noch nicht bewusst, was mit einem „Frühchen“ auf sie zukommt, befinden sich aber wenige Wochen später in einer Phase der Realisierung und damit auch der Verarbeitung - sie sind „auf dem Boden der Tatsachen angekommen“.

In dieser späteren Phase hatten die Frauen, die ebenfalls primär therapiepflichtige Neugeborene, jedoch keine „Frühchen“ geboren hatten, die akute Trauerreaktion zumeist abgeschlossen, ihre Befindlichkeit unterschied sich nicht mehr von den Müttern der „gesunden“ Kinder.

Auch hierzu würde die bereits geschilderte Möglichkeit einer vorübergehenden Verbesserung der mütterlichen Befindlichkeit durch die medizinisch-professionelle Kulisse der intensivstationären Betreuung passen.

Mütterliche Sorgen um die Gesundheit ihrer Neugeborenen gingen hochsignifikant mit mehr „Blues“ und mehr Depressivität nach einigen Wochen einher. Wir konnten eine grundsätzlich vermehrte Ängstlichkeit um das Wohl des Kindes statistisch nicht von der momentanen Sorge trennen, jedoch traf der „Umkehrschluss“ - je weniger Sorgen desto weniger „Blues“ - nicht zu: Den wenigsten „Blues“ prägten diejenigen Mütter aus, die sich weder viele noch gar keine Sorgen machten - also ein „gesundes Mittelmaß“ an Besorgtheit zeigten. An dieser Stelle scheinen wieder einmal das mütterliche Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein, mit der momentanen Situation fertig werden zu können, eine bedeutende Rolle zu spielen: Wie viele Sorgen sich die Mütter jeweils machten, hing statistisch nicht mit dem objektiven Gesundheitszustand des Kindes zusammen, obwohl die psychische Befindlichkeit der Mütter von behandlungspflichtigen Kindern insgesamt sowohl im frühen als auch im späten Wochenbett im Mittel⁶⁸¹ ein wenig schlechter zu sein schien. Dennoch muss insgesamt die Annahme zugrunde gelegt werden, dass der Einflussfaktor „Sorgen um die kindliche Gesundheit“ vor allem von mütterlichen Persönlichkeitsfaktoren determiniert wurde - beispielsweise deren Fähigkeit zum *coping* - d.h. psychisch mit der Gesamtsituation fertig werden zu können.

In Bezug auf das *coping* untersuchten wir die subjektive mütterliche Sicherheit im Umgang mit den Neugeborenen. Zwar fühlte sich die Mehrzahl der Frauen insgesamt „sicher“ im Um-

⁶⁸¹ Hierbei werden jedoch bereits differenzierter dargestellte Zusammenhänge wieder nivelliert, so dass dieses Ergebnis an dieser Stelle nicht eingehender diskutiert werden soll.

gang mit ihren Babys, jedoch heisst dies auch, dass fast die Hälfte der Frauen dies nicht für sich in Anspruch nehmen konnte. Frauen mit Vorerfahrungen durch eigene Kinder fühlten sich laut Studenttagebuch durchwegs sicherer als Primiparae, was auf ein überwältigendes „Sicherheitsdefizit“ seitens unerfahrener Mütter schießen lässt. Dass diese Unsicherheit hochsignifikant mit der psychischen Befindlichkeit im frühen und immer noch signifikant mit der Befindlichkeit im späteren Wochenbett korrelierte, scheint keine Überraschung darzustellen. Ein Zusammenhang zwischen Überforderung durch mangelnde Sicherheit im Umgang mit Neugeborenen - eindeutig ein soziales „Defizit“ der betroffenen Mütter? - und „Blues“ bzw. PPD kann angenommen werden. Auch hier kann jedoch keine eindeutige Kausalitätsbeziehung unterstellt werden, da bekanntermaßen Unsicherheit zwar die psychische Befindlichkeit durchaus negativ beeinflusst, jedoch auch eine a priori beeinträchtigte Affektivität Unsicherheit erzeugen kann: Die Sorge der Mütter bezüglich des Gesundheitszustandes der Kinder korrelierte ebenfalls hochsignifikant mit ihrem Gefühl von „Unsicherheit“ - welche möglicherweise hier ein sekundäres Phänomen darstellte.

Zu Hause schätzten sich im späten Wochenbett die meisten Frauen in ihrer Gesamtsituation als Mutter selbst positiv ein. Ungefähr einem Fünftel der Mütter gelang dies nicht. Schwierigkeiten mit älteren Kindern schienen diesbezüglich keine Rolle zu spielen. Nur ungefähr ein Zehntel aller Mütter konnten zu diesem Zeitpunkt die Frage nach der Verunsicherung durch ihre schreienden Babys eindeutig verneinen. Fast die Hälfte gab konkrete Probleme im Umgang mit den Babys an, weit über die Hälfte fühlten sich zumindest zeitweise hilflos und überfordert, trotzdem sie ihre „eigenen Fähigkeiten als Mutter“ überwiegend positiv einschätzten. Ein gewisser Gesellschaftsoptimismus scheint aus der letzten Aussage zu sprechen, denn laut ihrer eigenen Auskünfte über ihre diversen Unsicherheiten ergibt sich ein zwiespältiges Bild: Die Frauen glauben einerseits, „es“ zu schaffen, andererseits scheint es überwiegend nicht ganz zu gelingen. An dieser Stelle kann der Bezug zu Literatur - beispielsweise von Romito und Nicolson, aber auch von Kneuper und viele anderen⁶⁸² - hergestellt werden, welche die sozialen Umstände eines solchen „Missverständnisses“ ausführlich beleuchten. Nicht umsonst korrelierte die eigene Einschätzung ihrer mütterlichen Fähigkeiten bei den hier untersuchten Frauen mit dem Ausmaß ihrer Depressivität im häuslichen Umfeld mit den meist bereits in vollem Ausmaß zurückgekehrten Alltagsanforderungen, und die Depressivität wiederum hochsignifikant mit den Schwierigkeiten im Umgang mit den oder den Neugeborenen. Auch hier muss die Frage nach Ursache und Wirkung zurückgestellt werden, solche Zusammenhänge müssen zukünftig in geeigneten Studien noch weit präziser erfasst werden, um solche Fragestellungen beantworten zu können.

Alle abgefragten psychosozialen Items nahmen in diesem Kapitel „Umgang/Probleme mit dem Kind/den Kindern“ ähnliche Einflüsse auf die psychische Befindlichkeit der Mütter: Die etwas höheren Mittelwerte für den „Blues“ hatten ebenfalls diejenigen Mütter gehabt, die all-

⁶⁸² Vgl. Kap. 2.3.2.6.

gemein nicht gut mit ihren Babys zurechtkamen. In Bezug auf die Depressivität wird dieser Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und „Alltagsproblemen“ mit den Kindern hochsignifikant. Zur Diskussion könnte in zukünftigen Studien die genauere Differenzierung der Ursachen- und Wirkungsbeziehungen stehen, die sich, wie im Literaturteil bereits auseinandergesetzt, ungemein komplex darstellen.

4.7. Soziale Unterstützung und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Wenn man den Frauen die undifferenzierte Frage nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der Unterstützung durch ihr jeweiliges soziales Umfeld stellte, äußerten sie sich überwiegend positiv. Auffallend ist, dass keine einzige Frau „sehr unzufrieden“ angab, obwohl das Studientagebuch eine Vielzahl von Kritikpunkten der Frauen angeben konnte, die so wiederum nicht im Fragebogen erfassbar waren. Es entstand während der Befragung von Untersuchenseite her der subjektive Eindruck, dass sich viele Frauen umso mehr öffneten, je länger das Interview dauerte und je intensiver sich das Gespräch über ein derartig einschneidendes Erlebnis entwickelte. Es war vielfach nicht praktikabel, sich nur auf die abgefragten Items zu beschränken, da alle 81 bzw. 82 „Geburtsgeschichten“ sehr individuelle, teils dramatische Züge aufwiesen und sich jeweils tief in der Biografie der jeweiligen Frauen verwurzelt fanden. Allen gemeinsam schien mitunter lediglich das Kriterium der Schnittentbindung in einem bestimmten Klinikum zu sein. In wiefern dennoch eine gewisse „soziale Erwünschtheit“ die Antworten der Mütter gerade auch zu dieser Hypothese lenkte, ist vom Ausmaß her schwer einzuschätzen, kann jedoch grundsätzlich nicht bezweifelt werden.

Nicht unerwartet scheint, dass sowohl „Blues“ hoch- als auch die Postpartum-Depression signifikant gegensinnig mit diesem Item korrelieren: Je weniger Unterstützung, desto schlechter die psychische Befindlichkeit.

Dieses Item wurde auch quantifiziert untersucht, und je mehr Unterstützung die Frau erhielt, selbst wenn sie nicht ganz zufrieden mit ihr gewesen sein sollte, desto besser ging es ihr - im späten Wochenbett im häuslichen Alltag und ohne die „Profis“ der stationären Geburtshilfe wurde diese Tendenz des „Blues“ für die Depressivität signifikant - allerdings nur im BDI, nicht im spezifischeren EPDS. Dies könnte daran liegen, dass der BDI tatsächlich Depression unter Alltagsbedingungen misst, der EPDS jedoch auf eine doch spezielle Wochenbettsituation ausgelegt ist. Möglicherweise waren die befragten Frauen zum zweiten Meßzeitpunkt schon wieder so sehr im Alltag „angekommen“, dass der BDI sensitiver war als der EPDS. Psychologische, anthropologische und soziologische Untersuchungen, die im Literaturteil vorgestellt worden waren, bestätigen die geringe gesellschaftliche und individuelle Wahrnehmung des Wochenbettes in den nordatlantischen Gesellschaften - um den Preis der rituellen und spirituellen Verarmung desselben, und möglicherweise auch um den Preis vermehrter „Befindlichkeitsstörungen“ in - auch innerhalb unserer Kultur gerade auch von

„Nicht-Profis“ wie den Entbindenden und ihren Angehörigen irgendwo doch noch als bedeutsam wahrgenommenen - Übergangsphasen wie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Nicht unbedingt erwarteterweise stehen objektiv messbare und subjektiv gefühlte Unterstützung in engem gegenseitigen Bezug. Dies spricht für eine gewisse Kongruenz der Einschätzung und „Berichterstattung“ der Mütter, was wiederum das Vertrauen in die doch einseitig überwiegend retrospektiv erhobenen Daten stärken kann.

Wenn man die soziale Unterstützung auf den jeweiligen Partner eingrenzte, so empfanden die Frauen ihre Partnerschaft umso „erfolgreicher“ oder „intakter“, je mehr sie der Partner unterstützte. Dies mag geradezu banal klingen, jedoch entspringt jede Erwartungshaltung aus bestimmten kulturellen Voraussetzungen, sie ist in jedem Falle sozialisiert: Man kann nur das erwarten, womit man auch „rechnen“ kann, und womit man „rechnen“ kann, bestimmt ein kulturell geprägtes gesellschaftliches und soziales Umfeld. Dass die Frauen offensichtlich in hohem Maße Unterstützung gerade auch von ihrem Partner erwarteten, könnte ein Merkmal unserer „Kleinfamilienkultur“ sein - denn sonst bleiben schon nicht mehr viele Alternativen, zumal auch staatlicherseits nicht nur in Deutschland Familiengründung und -management als Privatsache betrachtet wird⁶⁸³.

Zwei Drittel der im frühen Wochenbett befragten Mütter zeigten sich einigermaßen oder eindeutig zuversichtlich bezüglich des auf sie zukommenden Alltags mit den Neugeborenen. Die restlichen Frauen hegten mehr oder weniger große Sorgen in Hinsicht auf dessen baldiges Herannahen. Hochsignifikant gestaltete sich der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß dieser Besorgtheit und sowohl „Blues“ als auch PPD. Dieses defizitäre Gefühl korrelierte auch signifikant mit anderen defizitären Gefühlen wie „gefühlte Belastung durch nächtliches Aufwachen“, „Sorgen, die Gesundheit des Kindes betreffend“, „Gefühl des Nicht-Genug-Vorbereitet-Seins auf die Schwangerschaft“ und negativen Veränderungen in der Partnerschaft im Laufe der Schwangerschaft. Kein statistisch belegbarer Zusammenhang zeigte sich hingegen mit Items wie Frühgeburtlichkeit, Schmerzen, Enttäuschung wegen der Entbindungsart, Erwartungen an die Geburt allgemein, Kinderzahl insgesamt, Unsicherheit im Umgang mit dem/den Neugeborenen, Unterstützung insgesamt, Partnerproblemen in der Vergangenheit oder dem Partnerlisten-Score im späteren Wochenbett.

Was untergrub die Zuversicht der Mütter demnach? Die Geburt selbst und ihre Umstände schien im frühen Wochenbett (noch?) keinen statistisch messbaren Einfluss auf die Versagensängste der Frauen zu haben. Dies passt zu den bereits beschriebenen Trauerphasen nach Lo-Cicero⁶⁸⁴: Zu diesem frühen Zeitpunkt haben die Frauen die eventuelle Traumatisierung durch die gerade erst stattgefundene Geburt noch nicht oder noch nicht in vollem Ausmaß realisiert. Dass die Partnerprobleme vor der Schwangerschaft keinen, die während der Schwangerschaft jedoch sehr wohl Einfluss nehmen, kann ein Hinweis auf den „Fokus“ der Frauen sein: Was zählt, ist die aktuelle, Kind-bezogene Entwicklung der Partnerschaft. Dass die Ängste mit der

⁶⁸³ U.a. Kneuper (2004/5)

⁶⁸⁴ Vgl. Kap. 2.4.1.

tatsächlichen Bewertung der Partnerschaft, wie sie sich später zuhause realisierte, statistisch gesehen nichts zu tun hatte, mag für die „Haltlosigkeit“ dieser mütterlichen Versagensängste in Bezug auf die Rolle des Partners sprechen: Diese Mütter suchen die Ursache des „Nicht-Zurecht-Kommens“ mit der immer noch eher neuen Situation mit dem oder den Neugeborenen bei sich, nicht beim sozialen Umfeld⁶⁸⁵.

Entsprechend dürftig wurde die häusliche Hilfe organisiert - im Widerspruch zur mehrmals deutlich geäußerten gefühlten Hilfsbedürftigkeit: Weniger als die Hälfte der Frauen wollte zuhause noch Hebammenhilfe in Anspruch nehmen - diese wird in Deutschland, was ebenso wie die zusätzliche Hebammenvorsorge in der Schwangerschaft den wenigsten befragten Frauen bekannt war, wenigstens bis zu 10 Tagen nach der Entbindung, längstens aber bis zum individuellen Ende der Stillzeit von den Krankenkassen bezahlt. Da auch professionelle Haushaltshilfen vor allem aus finanziellen Gründen von untergeordneter Bedeutung zu sein schienen, beschränkte sich die Hilfe für die Frauen vor allem auf Freunde, Familie und Partner. Staatlich, das heißt gesellschaftlich, wird diese Zeit als Privatissimum behandelt und folglich lediglich durch 8 bis 12 Wochen Mutterschutzzeit und die eventuell anschließende Elternzeit auf Arbeitgeber-Ebene gesetzlich geregelt. Oft mag die Geburtsanzeige des örtlichen Standesamtes das einzige öffentliche und damit gesellschaftlich - sehr begrenzt - wahrgenommene Anzeichen eines neu hinzugekommenen Gesellschaftsmitgliedes darstellen.

Tatsächlich fühlte sich zum zweiten Befragungszeitpunkt nur eine einzige Mutter noch deutlich überfordert, etwas weniger als ein weiteres Drittel schwankt in seiner eigenen Einschätzung der Situation, ist also eher noch den überforderten Müttern zuzurechnen. Knapp ein weiteres Drittel fühlt sich „eher nicht“ überfordert - das impliziert, dass sie es dennoch regelmäßig sind. Die Depressivität korreliert im EPDS und im BDI jeweils hochsignifikant in der erwarteten Richtung mit der Eigenbewertung dieses Items durch die Frauen: Je überforderter - „wenn sie alleine mit dem Kind“ war, desto depressiver waren die Mütter im späten Wochenbett. Auch der Zusammenhang zwischen „Unsicherheit im Umgang mit dem Kind“ im frühen Wochenbett und der Depressivität einige Wochen später war hochsignifikant, also unzweifelhaft gegeben. Die anfängliche Hilflosigkeit scheint sich also nicht „automatisch“ rein durch den Zeitfaktor zu verlieren, sie könnte vielmehr ein Prädiktor für eine anhaltende psychische Beeinträchtigung der Mutter sein. Dass dieser Umstand bisher bei der professionellen Betreuung von Wöchnerinnen wenig Berücksichtigung fand und keine gesellschaftliche Konsequenzen zur Folge hatte, trotzdem er, wie die Literaturübersicht zeigen konnte, vielfach in unterschiedlichsten Studiendesigns reproduzierbar war, ist nur mit Überlegungen zum soziokulturellen Hintergrund unserer modernen Geburtshilfe einigermaßen erklärbar. Bezüglich der zunehmenden psychischen Folgemorbidität für die Frauen selbst, aber auch der mit betroffenen Kinder ist das Ausmaß nur zu schätzen.

⁶⁸⁵ Vgl. LoCicero (1993), Nicolson (1998 und 99), Crouch (1999), Kneuper (2004/5) und andere

Wenn man bedenkt, welch hohe Rate an Frühgeburtlichkeit oder anderer Morbidität gerade das hier untersuchte Kollektiv auszeichnete, erscheint dies doch sehr erstaunlich: Die Frauen - die Rolle des Partners wird in einem eigenen Abschnitt behandelt - bekamen außer „bedarfsorientierten“, zum Teil eher als sporadisch zu wertenden Unterstützungsangeboten lediglich in einem einzigen Falle vier Wochen am Stück Hilfe, vier weitere jeweils zwei Wochen und zwei weitere jeweils für eine Woche Unterstützung aus dem näheren sozialen Umfeld.

Eventuell fehlte den Frauen auch ein ganzes Stück realistische Selbstwahrnehmung: Möglicherweise hätten sonst bereits im Vorfeld ihr momentan eigentlich offensichtliches und auch in gewissen Grenzen schon länger vorhersehbares Unterstützungsbedürfnis deutlicher signalisieren können. Dass dies unter unseren gegebenen kulturellen Bedingungen eine eher theoretische Anforderung an die Selbstwahrnehmung von Frauen im Allgemeinen, aber besonders an die junger Mütter darstellt, gilt als belegt⁶⁸⁶.

Selbst wenn angenommen werden kann, dass die Mehrzahl der Mütter diese Gesamtsituation dennoch „funktionsgerecht“ bewältigen konnte, bleibt der immense Autonomieverlust, den sie in dieser Zeit und auch weiterhin hinnehmen muss, unberücksichtigt. Die Unterstützung mag noch ausreichen, um zu „funktionieren“, Individualität und Persönlichkeit der Frau wird aber dem Label „Mutter“ von nun an untergeordnet. Die pädozentrische Sichtweise unserer „Kultur“ lässt uns dies als selbstverständlich werten⁶⁸⁷, jedoch kann auch in diesem erdrutschartigen und meist in diesem Ausmaß nicht erwarteten Autonomieverlust ein hohes soziales Dekompensationspotenzial vermutet werden: Eine mögliche Ursache dafür, dass sich fehlende soziale Unterstützung in allen damit befassten Arbeiten als einer der konsistentesten Prädiktoren für postpartale psychische Beeinträchtigungen zu allen Zeiten des Wochenbettes herauskristallisieren konnte - dieser Zusammenhang bestätigte sich selbst in diesem speziellen Kollektiv, in dem doch eine Vielzahl anderer gewichtiger „Störfaktoren“ angenommen werden musste.

Die allermeisten Frauen standen in regelmäßigem Kontakt mit ihren eigenen Eltern oder den Eltern des Partners, erwarteten aber deutlich mehr Unterstützung aus ihrer eigenen Familie. Dass die Mütter ihre Ansprüche ganz eindeutig den realen Gegebenheiten anpassten, zeigte die Tatsache, dass umso weniger Unterstützung erwartet wurde, je weiter die Familienangehörigen wegwohnten. Dies ist ferner ein Indiz dafür, dass das postpartale Management hierzulande nicht etwa von den gegebenen Bedürfnissen und Wünschen der Wöchnerinnen, sondern von an sich auch anders organisierbaren „Umständen“ abhängt - eine Frage der privat und auch gesellschaftlich-kulturell gesetzten Prioritäten. Mehrere Frauen äußerten laut Studenta-

⁶⁸⁶ U.a. Buck (1993), Romito (1990) und Mental Health Net (1996) explorierten eine stark ausgeprägte Tendenz gerade der Frauen in unserer Gesellschaft, ihr „Ausgebeutet werden“ nicht nur zu tolerieren, sondern sogar zu negieren und im ausgeprägtesten Falle sogar selbst zu kultivieren. Um dem Druck der vielfältigen sozialen Anforderungen an sie standhalten zu können, integrierten sie diese kulturell überhöhten Anforderungen in ihr Selbstbild und machten sie so zur Grundlage eines Selbstwertgefühls mit extrem großer und vielfältiger Angriffsfläche.

⁶⁸⁷ Kneuper (2004/5)

gebuch spontan, dass sie sich in irgendeiner Art und Weise sogar dafür schämten, ihre Person so in den Mittelpunkt der Fürsorge gerückt zu sehen; dass sie kein „Theater“ - bezogen auf die konkreten, damit „hinzunehmenden“ Umstände - „machen“ wollten. Dennoch drückten sie zumindest indirekt vielfach den definitiven Wunsch nach Unterstützung und auch „Ehrung“ für die vollbrachte oder zumindest durchgestandene Geburt aus - meist bezogen sie diese Wünsche einzig und allein auf ihren Partner, ohne sie jedoch einzufordern⁶⁸⁸.

Wenig erstaunlich erscheint, dass sich zwischen den Erwartungen an das familiäre Umfeld und dem „Blues“ kein Zusammenhang ergab, da diese geäußerten Erwartungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht enttäuscht worden sein konnten. Natürlich könnte eine primäre Verletzlichkeit seitens der Wöchnerin, angezeigt durch einen erhöhten KSc, eine generell vermehrte Unterstützungsbedürftigkeit bzw. höhere Erwartungen „produzieren“ - dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein. Dass sich auch kein Zusammenhang mit späterer Depressivität ergab, widerlegt unsere Erwartungen, unterstützt jedoch die Annahme, dass eine eventuell vorbestehende, von uns nicht prospektiv erfasste Depressivität bei manchen Frauen keinen großen Einfluss auf die ohnehin vorhandene Unterstützungsbedürftigkeit der Wöchnerinnen nehmen konnte.

Angemerkt sei noch die Tatsache, dass in diesem Kollektiv ein Drittel der nahen Familienangehörigen in der gleichen Stadt lebte. Dies hing mit dem Befragungsstandort im städtischen Großraum München zusammen, die an sich für unsere Gesellschaft nicht mehr selbstverständliche Tatsache, dass die Familie so „nahe“ wohnt, wird dadurch in ihrer Besonderheit relativiert. Denn insgesamt immerhin ein Viertel der nahen Angehörigen lebte über 100km entfernt, die wenigsten jungen Eltern wohnten im Haus zusammen mit oder direkt neben nahen Familienangehörigen. Diese Distanzen zeigten statistisch keinen eindeutigen Bezug zum „Blues“ oder zur Postpartum-Depression, mussten sich jedoch negativ auf die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten auswirken, insbesondere, da - wie vorhin schon gezeigt - überwiegend nicht die soziale Situation den neuen Erfordernissen angepasst wurde, sondern die Bedürfnisse von Mutter und Kind(ern) sich den sozialen Umständen anzupassen hatten.

Dass die Situation sich vergleichbar bezüglich tragfähiger sozialer Kontakte aus dem nicht-familiären, also freundschaftlichen oder auch nachbarschaftlichen Umfeld zeigt, unterstützt die oben ausgeführten Überlegungen.

Interessanterweise wurde ein hochsignifikanter Bezug zwischen der Menge insgesamt sozialer Unterstützung und Partnerschaftsproblemen in der Zeit der Schwangerschaft gefunden. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Frauen sich in ihrer in der Schwangerschaft zusehends deutlicher zutage tretenden Unterstützungsbedürftigkeit, derer sie sich bewusst gewesen waren, dann eben nicht ausschließlich auf das Potential ihres Partners verlassen wollten und konnten - sondern anderswo Unterstützung suchten und offensichtlich auch bekamen. Dies soll nicht heißen, dass sie Hilfe für diese Frauen besonders suffizient

⁶⁸⁸ Vgl. dazu u.a. Kneuper (2004/5) und Nicolson (1998)

gewesen war - dies konnte mittels unserer Erfassung nicht überprüft werden, sondern im Gegenteil belegen, dass die Mütter tatsächlich auf Unterstützung angewiesen waren, und diese letztlich doch mobilisiert werden konnte - vor allem, wenn der Partner nicht zuverlässig genug erschien. Auch hier ergab sich allerdings und für uns unerwartet kein statistischer Zusammenhang zu „Blues“ oder späterer Depressivität. Wieder gestützt wird auch hierdurch die mögliche Aussage, dass vorbestehende Depressivität keinen nennenswerten Einfluss auf die generelle Unterstützungsbedürftigkeit von frisch entbundenen Frauen - hohe Frühgeburtlichkeit, Mehrlinge, hohe kindlicher Morbidität und operative Entbindung eingeschlossen - nahm.

Ungefähr ein Fünftel der Mütter musste bereits zum zweiten Befragungszeitpunkt ohne jegliche Hilfe ihre Situation bewältigen. Möglicherweise ist der Anteil in Wirklichkeit noch höher, da eher diejenigen Frauen zum zweiten Mal antworteten, denen es im frühen Wochenbett eher gut gegangen war. Da auch in unserer Untersuchung KSc und EPDS und damit „Blues“ und Postpartum-Depression hochsignifikant miteinander korrelierten, ist dieser Schluss durchaus zulässig: Wahrscheinlich fehlen eher die Rückantworten derjenigen Frauen, denen es im Durchschnitt psychisch schlechter ging. Dieser Bias muss hingenommen werden⁶⁸⁹, in Interpretationen der vorliegenden Ergebnisse kann er unter dem Vorbehalt seiner hypothetischen, aber wahrscheinlichen Natur mit einbezogen werden.

Zu einem Zeitpunkt, an dem weder die psychische noch die physische Erholungsphase nach einer Geburt, und erst recht nicht nach einer Sectio-Entbindung, beendet sein kann, mussten die befragten Wöchnerinnen bereits auf sich und ihre eigene Kraft gestellt, mit einem oder mehr Neugeborenen und eventuell vorhandenen weiteren Kindern samt der zugehörigen Organisation und Logistik zurechtkommen. Empfanden selbst die noch unterstützten Mütter dieses Kollektivs deshalb sämtliche ihnen dargebotene Unterstützung als in der Tat hilfreich und durchwegs positiv, weil diese trotz alledem nicht ganz ausreichte? Rein quantitativ war diese ohnehin aus unserer Sicht unerwartet „schlank“ organisiert worden, auch durch die Mütter selbst, die aber zu über der Hälfte noch über keine mütterlichen Vorerfahrungen verfügte und möglicherweise das Ausmaß an eigener Unterstützungsbedürftigkeit - durch wen oder was auch immer - a priori unterschätzt hatte. Dass unsere fehlende bzw. medizinisch substituierte Wochenbettkultur dies gesellschaftlich nicht auffangen können würde, mag noch weniger Frauen bewusst sein. Der Mythos einer alles bewältigenden, sich selbst dabei regelmäßig hintanstellenden, emotional-theoretisch überhöhten, aber praktisch sozial in vielerlei Weisen degradierten „Mutter“ regelt die gesellschaftlichen und damit auch die individuellen Erwartungen an die Rolle, die auch hierzulande jeder Frau ab der Geburt ihres ersten Kindes angetragen wird⁶⁹⁰ - denn ein gesellschaftlich-kulturelles Neutrum oder gar Vakuum existiert

⁶⁸⁹ Vgl. die Ausführungen in der Methodik zur Gewinnung der Probandinnen. Auch hier muss ein gewisser Bias angenommen werden, der durch die schlechtere Motivierbarkeit von psychisch ohnehin belasteten Müttern für eine solche Befragung entsteht.

⁶⁹⁰ Vgl. Kap. 2.3.2.6. sowie u.a. Chamberlain (1997), Chalmers (1986) und Kneuper (2004/5)

auch in hochindustrialisierten, vermeintlich rein rational ausgerichteten Gesellschaften wie der unseren nicht.

Die wenige Kritik, die die befragten Frauen bezüglich der ihnen zuteil gewordenen Hilfe anzubringen hatten, bezogen sich in erster Linie auf den Partner, aber auch die Familie - niemals auf Freunde oder sonstige Personen. Dies lässt erneut Rückschlüsse auf eine gewisse sozialisierte Erwartungshaltung zu: Entweder wurden familiär Außenstehende milder beurteilt, oder es herrschte ein höheres Niveau an Erwartungshaltung gegenüber Familienmitgliedern, allen voran gegenüber dem Partner.

Insgesamt zeigten sich die Mütter dankbar für jede erdenkliche Art der Unterstützung - dies könnte auch auf ein knappes Angebot mit wenigen realen Wahlmöglichkeiten insgesamt schließen lassen.

Ein weiterer Aspekt der gesellschaftlichen Eingebundenheit und Hilfestellung war unseres Erachtens auch die Frage nach der subjektiven befürchteten und realen sozialen Isolation der neuen Mutter. Vor der Entlassung aus der Klinik fürchteten sich immerhin ein Zehntel der Frauen vor häuslicher Einsamkeit, diese Befürchtung korrelierte signifikant mit dem „Blues“ und der späteren Depressivität im EPDS, im BDI war dies sogar hochsignifikant. Die meisten Frauen waren vor der Geburt berufstätig gewesen, laut Studientagebuch waren es vor allem diese Mütter, denen schon die „Vorstellung der Umstellung“ Schwierigkeiten bereitete. Es ist davon auszugehen, dass sich einige der befragten Frauen, die keine explizite „Angst“ vor einer neuen sozialen Isolation äußerten, zu diesem Zeitpunkt noch keine Gedanken zu diesem Thema machten oder einfach abwarteten, was die erste Zeit mit dem Kind „so alles mit sich bringen würde“, wie es auch mehrfach ausgedrückt worden war.

Dass die Angst vor sozialer Isolation und Angst vor Überforderung untereinander wiederum signifikant verknüpft waren, kann unter verschiedenen Aspekten beleuchtet werden. Mit dem Instrument für Ängstlichkeit als Charaktereigenschaft (STAI) ergab sich kein statistischer Bezug.

Bei der späteren Befragung gaben immerhin fast die Hälfte der Frauen an, sich zumindest gelegentlich einsam zu fühlen - im Vergleich zu der Zeit vor der Geburt des Kindes/der Kinder. Auch hier konnte zu beiden Depressionsinstrumenten ein hochsignifikanter Bezug errechnet werden. Interessanterweise korrelierte die Angst vor der Einsamkeit und die spätere tatsächlich gefühlte Einsamkeit nicht. Festzuhalten bleibt, dass eine gewisse soziale Isolation neuer Mütter Fakt zu sein scheint und diese einen eindeutigen Zusammenhang zur psychischen Befindlichkeit dieser Mütter aufweist - möglicherweise sogar von nicht absehbarer, das Wochenbett überschreitender Dauer⁶⁹¹. Bedauerlicherweise hatte auch diese nicht ganz neue Erkenntnis der Forschungen zur postpartalen Befindlichkeit von Müttern noch keine gesell-

⁶⁹¹ vgl. Kap. 2.3.2.6. und 2.4.1.

schaftlichen Konsequenzen, obwohl der Leidensdruck der Betroffenen schon rein empirisch plausibel erscheinen muss.

Die Frage nach finanziellen Sorgen rundete diese Hypothesengruppe ab. Nur etwas weniger als ein Drittel der Frauen hatte keinerlei Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation. der statistisch enge, gleichsinnige Bezug zum „Blues“ und zur Depression im BDI überraschte nicht, jedoch eben jener fehlende Bezug zur Depressivität im EPDS. Möglicherweise waren die im frühen Wochenbett geäußerten Bedenken später relativiert worden oder der EPDS in dieser Hinsicht nicht sensitiv genug. Um diese Zusammenhänge jedoch valide deuten zu können - auch im Sinne einer eventuell aufgedeckten Widersprüchlichkeit - hätte dieses Unterthema mittels mehrerer Fragen differenzierter erfasst werden müssen.

Auch zum - ebenfalls später erhobenen - STAI-Score ergab sich bezüglich der finanziellen Situation keinerlei Bezug: Grundsätzlich ängstlichere Frauen hatten nicht zwangsläufig mehr Sorgen im frühen oder späteren Wochenbett - auch nicht, was ihre wirtschaftliche Situation anbelangte.

4.8. Partnerschaft und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

In der Schwangerschaft fühlten sich vergleichsweise wenige Frauen ausreichend „praktisch“ durch ihre Partner unterstützt. Als „Ausgleich“ gaben sie durchwegs eine bessere „emotionale“ Unterstützung an. Beide Arten der Unterstützung wiesen untereinander einen sehr engen - d.h. hochsignifikanten - Zusammenhang auf, zum „Blues“ oder der Postpartum-Depression bestand dieser jedoch nicht nachweisbar. Beziehungsprobleme vor und während der Schwangerschaft hingen sehr stark sowohl untereinander als auch mit der Ausprägung des „Blues“ zusammen, weniger jedoch mit späterer Depressivität zusammen. Dass letzteres nur der BDI, nicht aber der EPDS messen konnte, könnte wiederum als unspezifischen „Ausschlag“ des „Testpendels“ gewertet werden: es kann jedenfalls empirisch vorausgesetzt werden, dass bestehende Schwierigkeiten in einer Partnerschaft definitiv negative Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit beider Partner nehmen.

Die väterliche Unterstützung nach der Geburt durch den in der Regel in Ausbildung befindlichen oder berufstätigen Partner wurde im mehr oder weniger gemeinsamen Alltag mit dem Kind nicht erfasst, sondern floss als zeitlich begrenzte „Auszeit“, die nach der Geburt hierzulande üblicherweise mehr oder weniger genommen wird, ein. Der größte Teil der Väter nahm sich eine, zwei oder auch drei Wochen frei, vereinzelte vier Wochen, zwei Väter gar sechs Wochen, einer acht Wochen und zwei weitere, momentan nicht direkt berufstätige Männer ein halbes Jahr. Ein arbeitsloser Vater wollte mindestens eineinhalb Jahre in Elternzeit gehen, wobei in den letztgenannten Fällen jeweils die Mütter das Familieneinkommen sichern mussten oder wollten. Die Elternzeit der Väter hatte laut Studientagebuch in allen Fällen mit der

Tatsache zu tun, dass sie momentan ihre Berufstätigkeit dafür nicht einschränken mussten - „es passte“, wie die Frauen sagten.

Genauso viele Väter wie in der Untergruppe derer, die sechs Wochen und länger „Vollzeit“ zuhause sein sollten, hatten gar keine Zeit, nach der Geburt freie Tage zu Hause zu verbringen. Ein eindeutiger Effekt dieser möglicherweise eher zeitlich betonten Komponente war weder bezüglich des „Blues“ noch der Postpartum-Depression nachzuweisen, was möglicherweise aber auch auf die Aufsplitterung der Daten in zu kleine Untergruppen dieses Items zurückzuführen ist.

Da die meisten Frauen mit ihrem Partner im gleichen Haushalt lebten, muss der höhere Mittelwert im KSc bei den getrennt lebenden Müttern aufgrund der kleinen Fallzahl vorsichtig interpretiert werden. Möglicherweise geht es jenen Müttern aber psychisch auch schlechter - es ist anzunehmen, dass sie weniger Unterstützung durch den nicht im Haushalt lebenden Partner bekamen, oder die Wohnsituation gar einen Hinweis auf eine nicht ganz geklärte soziale Situation darstellte, die ihrerseits die Befindlichkeit der Mütter nachhaltig beeinflusst hätte.

Diejenigen Wöchnerinnen, die mit der Einbindung des Partners im Geburtsgeschehen nicht zufrieden gewesen waren, entwickelten tendenziell mehr „Blues“ schon in der Klinik und auch mehr Depressivität später zuhause. Dies entsprach unseren Erwartungen, auch wenn die Richtung des Zusammenhanges nicht aus der Fragestellung abgeleitet werden kann und eine Kausalitätsbeziehung damit nicht beweisbar ist. Ob die Erfüllung isolierter Einzelbedürfnisse wie das nach der Nähe des Kindsvaters oder einer anderen Bezugsperson an sich im Umkehrschluss die Ausprägung oder die Häufigkeit des Auftretens von „Befindlichkeitsstörungen“ im frühen oder späten Wochenbett mindern könnte, sei dahingestellt - zu viele Faktoren unterschiedlichster Art scheinen eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle bei der Genese derselben zu spielen.

Nach der Geburt entwickelte sich die Paarbeziehung nach dem eigenen Eindruck der Frauen überwiegend eher positiv. Dies war nicht etwa mit besonders wenig mütterlicher Depressivität verbunden, die wenigste Depressivität wiesen diejenigen Frauen auf, in deren Beziehung sich möglichst wenig verändert hatte. Entweder spricht dies für eine gewisse mangelnde Selbstbeobachtungsgabe dieser Wöchnerinnen, oder es drückt eine Art heilsame Konsistenz der „alten“ und „neuen“ Partnerschaft ohne und mit Kind aus. Obwohl man meinen könnte, dass sich bei den Mehrgebärenden in dieser Hinsicht vielleicht am wenigsten änderte, und es diesen womöglich aufgrund ihrer Erfahrungen nach der Geburt psychisch besser ginge, konnte diese Annahme in diesem Kollektiv statistisch nicht nachvollzogen werden.

Eine subjektiv als „schlecht“ empfundene Partnerschaft korrelierte hier wie in zahlreichen Studien zuvor⁶⁹² im späten Wochenbett hochsignifikant mit Depressivität. Bezüglich des „Blues“ im frühen Wochenbett zeigte sich ein Zusammenhang mit der Qualität der Partnerschaft in der Zeit der Schwangerschaft. Offensichtlich spielte nur die einigermaßen aktuelle Partnerschaftsqualität eine Rolle bei den jeweils per definitionem zu bestimmten Zeitpunkten auftretenden psychischen „Befindlichkeitsstörungen“, nicht jedoch das komplexe „Wurzelwerk“ mehr oder weniger langjähriger Beziehungen.

Eindeutige Zusammenhänge fanden sich auch zwischen dem Score der Partnerschaftsliste und der empfundenen Harmonie zwischen den Partnern wenige Wochen nach der Geburt: Ein gutes Indiz für die Konsistenz der Aussagen, denn die Partnerschaftsliste misst eher erfolgreiches Beziehungsmanagement denn friedliche Atmosphäre. Natürlich besteht dennoch - gerade bei nur 6% angegebenen nicht „guten“ oder „sehr guten“ Partnerschaften - die Möglichkeit einer sozial erwünschten „Einfärbung“ der Antworten, wenngleich sie hier durch die beschriebene Konsistenz relativiert⁶⁹³ wurde. Die „Harmonie“ in der Beziehung korrelierte auch negativ mit beiden Scores für die Depressivität.

Dass Erstgebärende die partnerschaftlichen Veränderungen insgesamt positiver als die Mehrgebärenden einschätzten, mag an einer durch Gesellschaft und beispielsweise auch Werbung aufgesetzten „Rosa Brille“ liegen - oder auch daran, dass viele Männer gerade für das erste Kind eher Lifestyle-Umstellungen auf sich nehmen⁶⁹⁴.

4.9. Psyche und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Fast ein Viertel der Frauen wiesen eine positive Familienanamnese bezüglich „seelischer und psychischer Krankheiten“ auf. Diese diagnostisch nicht erfassbaren retrospektiven und subjektiv gefärbten Angaben wiesen keinen Bezug zu „Blues“ oder Postpartum-Depression auf. Als „Indikator“ oder gar Prädiktor scheint sich diese Variable daher nicht zu eignen. Dies widerlegt damit jedoch nicht die Möglichkeit einer Verknüpfung beider Variablen, da eventuell differenziertere und auch gegebenenfalls mittels ärztlicher Krankenakten vervollständigte Datensätze hierzu erhoben hätten werden müssen, was den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

Da etwas über die Hälfte der Frauen schon vor der aktuellen Geburt Schwangerschaften ausgetragen hatten oder schwanger gewesen waren, befragten wir diese über ihr seelisches Befinden danach: Nicht einmal ein Viertel dieser Mütter berichtete über eine gute, unein-

⁶⁹² Vgl. Kap. 2.4.7.

⁶⁹³ Zumindest wären damit alle unsere Fragen (incl. Partnerbogen) zu diesem Gebiet wenig sensitiv für das eigentlich zu identifizierende Problem gewesen, was im Widerspruch zu der Komplexität der Befragung zum Thema Partnerschaft insgesamt stünde.

⁶⁹⁴ Kneuper (2004/5)

tigte Stimmung. Da wir die Gründe hierfür nicht präzise genug erfassten, konnten wir keine Vergleiche zwischen den verschiedenen Wochenbettzeiten der jeweiligen Frauen anstellen, dieses Item diene uns daher lediglich als ungefährer „Marker“ von eventuell besonders gefährdeten Frauen. Im vorliegenden Kollektiv waren die anteilmäßig am häufigsten Gründe für psychische Beeinträchtigungen wohl weniger mit der Dysphorie und Depressivität verknüpft, nach der wir suchten: Aborte und Totgeburten führten zu etwa einem Drittel zusammen mit den Abruptiones - wobei es nach letzteren nicht alle Frauen Leidensdruck angegeben hatten, zwei Frauen deswegen aber sogar psychotherapeutische Hilfe benötigt hatten - zu Verstimmungen. Ein gutes Viertel machten weiter „Heultage“ und „grundlose Depressivität“ aus - unsere „heiße Spur“, ein Fünftel hatte sich hilflos und überfordert gefühlt, den Rest ergaben in absteigender Häufigkeit „Krankheit des Neugeborenen“, „Stillprobleme“, traumatische Geburtserlebnisse und Unzufriedenheit mit der stationären Betreuung aus. Tendenziell hatten diese Mütter auch nach der aktuellen Entbindung sowohl mehr „Blues“ als auch mehr Postpartum-Depressionen - möglicherweise wäre dieses Ergebnis mit höheren Fallzahlen insgesamt - und damit auch in den Untergruppen - auf Signifikanzniveau. Diese Ergebnisse bestätigen die zahlreiche Vorliteratur und unsere Annahme, dass psychische Beeinträchtigungen in Verbindung mit vorausgegangenen Schwangerschaften einen Prädiktor für weitere „Befindlichkeitsstörungen“ darstellen.

Die Prävalenz früherer psychischer Störungen - in diesem Fall hatte es sich bis auf einen Fall von Anorexie und einen weiteren in Form einer Zwangsstörung um Depressionen gehandelt, die diagnostiziert worden waren und demzufolge auch eine oder mehrere Therapieformen nach sich gezogen hatten, lag mit knapp unter 14% in dem Bereich, der in der Literatur für die Wochenbettzeit allgemein beschrieben wird. Da sich kein signifikanter Zusammenhang ermitteln ließ, jedoch zwei der Frauen aus der psychisch vorbelasteten Untergruppe extrem hohe „Blues“-Werte aufwiesen und damit eine statistische Tendenz für höhere Mittelwerte im KSc bei den „Vorbelasteten“ erzeugt wurde, muss hier besonders vorsichtig interpretiert werden: eine eindeutige Aussage bezüglich dieses Prädiktors ist in diesem Kollektiv nicht möglich, jedoch kann schon die Tendenz einen Hinweis auf ein mögliches signifikantes Ergebnis bei höheren Fallzahlen darstellen. Da keine dieser beiden Frauen mit außergewöhnlich hohen KSc-Scores den „Sechs-Wochen-Bogen“ zurückschickte, konnte bezüglich der Depressivität überhaupt keine Aussage getroffen werden.

Insgesamt unterschied sich die Ausprägung des „Blues“ der Frauen, die den „Sechs-Wochen-Bogen“ beantworteten und zurückschickten, und denjenigen Müttern, die nicht antworteten, im Mittel nicht voneinander.

Die Frage nach der Religiosität erscheint insgesamt etwas isoliert auch innerhalb dieser Hypothesengruppe. Nachdem unsere Auswertungen aber konkordant zur bisher existenten Literatur waren, seien sie hier kurz kommentiert - ohne damit der Komplexität dieses Themas auch nur annähernd gerecht werden zu können: Die religiöse Untergruppe litt deutlich weniger unter

„Blues“, jedoch etwas mehr unter Depressivität. Schon Hill (1990) beschrieb die psychoprotektive Wirkung von Religiosität im Sinne von sinnerfüllter spiritueller Betätigung oder zumindest Geisteshaltung. Möglicherweise trifft dies auf die Frauen dieses Kollektivs in der speziellen Übergangssituation des Wochenbettes ganz besonders zu. Die vermehrte Depressivität wiederum könnte als Randphänomen auch durch ein verstärktes Bedürfnis psychisch instabiler Menschen nach spiritueller, menschlicher „Willkür“ übergeordneter Stabilität entstanden sein. Um dies letztlich beurteilen zu können, müssten zunächst religiöse und nichtreligiöse weibliche Kollektive bezüglich ihrer primär vorliegenden Psychopathologie untersucht werden.

Insgesamt erscheint die Beurteilung dieser Hypothesengruppe etwas problematisch, weil wir im Rahmen dieses Studiendesigns keine valide psychiatrische Diagnostik betreiben konnten und deshalb nur aus retrospektiven und punktuell-subjektiven Aussagen rückschließen konnten.

4.10. Schwangerschaft, Schwangerschaftsprobleme und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Wie in anderen Arbeiten, die nicht speziell Kaiserschnitt-entbundene Mütter untersucht hatten, neigten die Primiparae dieses Kollektivs tendenziell zu mehr „Blues“ und Postpartum-Depression: Über 40% der hier befragten Mütter hatten erst ihre erste Schwangerschaft und ihre erste Geburt hinter sich. Andererseits war die Tatsache, mehrmals schwanger gewesen zu sein, ebenfalls in der Tendenz mit mehr „Blues“ verbunden - allerdings auch mit einer erhöhten Rate an Fehlgeburten oder Abtreibungen, was nicht erstaunt. Diese Variablen besitzen keinen großen prädiktiven Wert, da große Streubreiten durch vielfache „Kombinationsmöglichkeiten“ der Risiken für „Befindlichkeitsstörungen“ auftraten: Beispielsweise konnte eine Frau nach der sechsten Schwangerschaft erstmals ein lebendes Kind zur Welt bringen.

Ein gutes Drittel der Mütter hatte vor der aktuellen Schwangerschaft schon vorzeitig Kinder durch Fehl- und Totgeburten verlieren müssen. Nur zwei Frauen hatten bereits abgetrieben, eine davon wiederholt. Da zumeist ausgerechnet von diesen Müttern die „Sechs-Wochen-Bogen“ nicht beantwortet worden waren, ist für diese Items keine Normalverteilung der Daten aus dem späten Wochenbett anzunehmen. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt kann vermutet werden, dass bei diesen Frauen eine erhöhte Psychopathologie bzw. ein vermindertes psychisches Kompensationsspektrum vorliegt, beispielsweise entweder auf Grund der bereits für diese Geschehnisse „verbrauchten“ seelischen Ressourcen oder andererseits auf Grund von psychopathologischer Prädisposition. Mütter mit Totgeburten oder Spätabgängen in der Anamnese waren nach der aktuellen Geburt im späten Wochenbett wesentlich depressiver als die anderen Mütter, frühere Abgänge sowie Fehlgeburten zeigten diese Wirkung weder in Bezug auf die Depressivität noch auf die Dysphorie. Die Abtreibungen waren eher mit mehr

„Blues“, nicht aber mit mehr Depressivität verbunden. Eventuell greift auch bei letzteren die oben ausgeführte „Ressourcentheorie“: Sie hatten sich vielleicht schon damals zu einer oder gar mehreren Abtreibungen entschieden, weil sie sich der Situation mit einem Kind nicht gewachsen fühlten: Der aktuelle „Blues“ könnte ebenfalls ein Symptom der erneuten Überforderung durch die Mutterschaft an sich sein.

Ungeplante Schwangerschaften waren in diesem Kollektiv mit unter einem Fünftel schon fast als Ausnahme zu bezeichnen. Sie wiesen weder mit dem „Blues“ noch mit der Postpartum-Depression einen Zusammenhang auf. Da noch weniger Schwangerschaften nicht oder eher nicht erwünscht und im Gegenteil vier Fünftel derselben „sehr erwünscht“ gewesen waren, fielen die zu vergleichenden Untergruppen sehr ungleich aus. Die unerwünschten Schwangerschaften waren tatsächlich trotzdem mit signifikant mehr Dysphorie im frühen Wochenbett verbunden. Für die Postpartum-Depression wurde die Untergruppe mit einer Fallzahl von gerade einmal zwei Frauen, die allerdings eher depressiv gewesen waren, sehr klein. Ohne Signifikanzniveau konnte man jedoch für beide Meßzeitpunkte die Aussage treffen, dass die Stimmung umso besser war, je erwünschter - nicht je geplanter - das Kind gewesen war.

Genau ein Drittel der teilnehmenden Mütter hatten über ein Jahr auf die Schwangerschaft warten müssen, diese waren in der Klinik minimal dysphorischer und zuhause dann deutlich depressiver als die anderen Mütter. Hatten sie zu lange Zeit gehabt, ein Wunschbild von ihrem Kind zu entwerfen, dem es dann gar nicht entsprach? Auch die Verabschiedung von einem „Traumkind“ bedeutet Trauer und Trauerreaktionen - eine mögliche Deutung sowohl für frühere als auch spätere „Befindlichkeitsstörungen“.

Ein Fünftel der Schwangerschaften kam durch verschiedene reproduktionsmedizinische Verfahren zustande. Dies erscheint viel, jedoch entwickeln solche Frauen oder Paare verständlicherweise auch ein erhöhtes Sicherheitsdenken bezüglich etwaiger Geburtsrisiken und präferieren die Entbindung in einem Perinatalzentrum bzw. Haus der Maximalversorgung und finden sich somit überanteilmäßig in derartigen Einrichtungen. Diese psychisch belastenden Maßnahmen waren mit mehr „Blues“, aber nicht mit mehr Depressivität verbunden - möglicherweise entwickelte der letztlich erfüllte starke Kinderwunsch - unter zum Teil sehr erschwerten und psychisch in der Regel stark belastenden Bedingungen - eher eine protektive Wirkung. Einschränkend muss an dieser Stelle hinzugefügt werden, dass die Mütter, die nach der erfolgreichen Durchführung einer Fertilitätstherapie entbunden hatten, unterdurchschnittlich wenige „Sechs-Wochen-Bögen“ beantwortet hatten.

In der Schwangerschaft selbst überwogen die körperlichen Beschwerlichkeiten die psychischen Probleme um das Vierfache. Nur etwas über ein Drittel der Mütter wertete ihre aktuellen Schwangerschaften als „problemlos“. Es soll an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass hier bewusst nicht eine möglichst „objektive“ quantitative Erfassung dieser Schwierig-

keiten versucht wurde, sondern die „gefühlten“, subjektiven Eindrücke der Mütter selbst erfasst und differenziert werden sollten.

Zum medizinischen Risikobegriff bezüglich der Schwangerschaft und Geburt wurde vorhandene Literatur bereits vorgestellt⁶⁹⁵. Dieser Problematik entspricht die Tatsache, dass nur sechs der 82 befragten Frauen *keine* Risikoziffer im Mutterpaß eingetragen hatte - von den übrigen war der „Zustand nach Sectio“ der weitaus häufigste Eintrag. Dann folgte bereits „Zustand nach Sterilitätsbehandlung“, „vorzeitige Wehentätigkeit“ und die „Mehrlingschwangerschaft“ sowie „Zustand nach Fehlgeburten/Abbruch“ und „Blutungen vor der 28. Schwangerschaftswoche“ - jeweils noch über 5% in der Gesamthäufigkeitsverteilung. Das Spektrum der „Risiken“ wurde im Ergebnisteil vollständig dargestellt, es subsummiert sehr unterschiedliche Qualitäten von Problemen für die Mütter. Zu den „Befindlichkeitsstörungen“ konnte weder im frühen noch im späten Wochenbett ein statistischer Zusammenhang aufgedeckt werden, was angesichts dieser immensen Heterogenität innerhalb dieser Variable nicht erstaunen kann. Ob ein vorliegendes bzw. im Mutterpaß dokumentiertes „Risiko“ an sich Auswirkungen auf die postpartale Psyche einer Kaiserschnittmutter zeigt, konnte aufgrund der zu kleinen Vergleichsgruppe möglicherweise statistisch nicht berechnet werden, muss jedoch dennoch empirisch angenommen werden.

Die physiologischen Veränderungen und das veränderte Aussehen wurde von den Frauen durchaus sehr unterschiedlich beurteilt, jedoch insgesamt weder sehr positiv noch ausgesprochen negativ gesehen. Zum „Blues“ oder zur Postpartum-Depression fand sich keinerlei Zusammenhang.

Die Stimmung während der Schwangerschaft bezeichneten erstaunlich wenige Frauen als sehr gut. Einer Mehrzahl war keinerlei Veränderung im Vergleich zur ihrer Stimmung vor der Schwangerschaft aufgefallen. Erwarteterweise tendierten die Frauen mit einer schlechteren Stimmung schon vor der Geburt auch im frühen Wochenbett zu mehr Dysphorie und ganz erheblich zu mehr Depressivität zum zweiten Befragungszeitpunkt. Da in diesem Kollektiv weniger Prävalenz an vorbestehender Psychopathologie als an primär unklassifizierten negativ empfundenen psychischen „Befindlichkeitsstörungen“ in der Schwangerschaft nachweisbar war, muss der additive Einfluss anderer Faktoren auf die Stimmungslage der Frauen schon vor der Geburt angenommen werden. Diese waren lediglich mittels weniger Parameter erfasst worden - zum Beispiel die Qualität der Partnerschaft oder eine Belastung durch Wohnungswechsel schon während dieser Zeit - ersteres Item wies den erwarteten Zusammenhang mit der Stimmung in der Schwangerschaft auf. Der Umzug in dieser Zeit war hochsignifikant wiederum mit dem „Blues“ verknüpft, nicht jedoch mit späterer Depressivität. Dies mag auf den Umstand zurückzuführen sein, dass die meisten Umzüge im letzten Schwangerschaftsdrittel, also kurz vor der Geburt, und unter meist strapaziösen Bedingungen stattgefunden hatten. Nach der Geburt lag dieser Einfluss damit meist erst kurze Zeit zurück, im späteren Wochen-

⁶⁹⁵ Vgl. Kap. 2.4.1.

bett nivellierte das höhere vergangene Zeitmaß und die vielleicht die überlagernden neuen Eindrücke diesen Einfluss möglicherweise bereite.

Die allgemeine Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation zeigte erstaunlicherweise keinerlei Zusammenhang mit den früheren oder späteren „Befindlichkeitsstörungen“.

Bis auf eine Mutter von vier Kindern mit überdurchschnittlich viel „Blues“ schien sich eine steigende Anzahl von Kindern insgesamt sogar protektiv auf die Dysphorie im frühen Wochenbett auszuwirken. Unklar bleibt jedoch die Frage, ob psychisch verletzlichere Frauen weniger Kinder bekommen, da ihre Begleitung, Erziehung und Ausbildung gerade auf dieser Ebene viele Ressourcen verbraucht, oder ob sich eine vermehrte Kinderanzahl gar protektiv auf die Psyche der Mutter auswirken könnte.

4.11. Ängstlichkeit und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Die Persönlichkeitseigenschaft „ängstlich“ wies erwartungsgemäß einen starken Bezug zur Depressivität und interessanterweise auch zum Ausmaß der „Enttäuschung aufgrund der durchgeführten Kaiserschnittentbindung“ auf, nicht aber zum „Blues“ - dieser korrelierte hochsignifikant in dieser Hinsicht nur mit einem seiner eigenen Items, das aktuelle Ängstlichkeit zum Befragungszeitpunkt abfragte. Diese Letztere wiederum wies keinerlei Bezug zur Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft auf, wie wir ursprünglich vermutet hatten. Damit kann ausgesagt werden, dass Ängstlichkeit tatsächlich ein wichtiges Kriterium des „Blues“ zu sein scheint, jedoch keinesfalls einfach synonym ist.

4.12. Prämenstruelles Syndrom und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Über ein Drittel der Frauen gab retrospektiv an, unter PMS-typische Beschwerden während ihrer Menstruation gelitten zu haben. Eine genaue Diagnose war aufgrund unserer nicht ausreichend differenzierten Einzelfrage nicht möglich, eine echte Prävalenz konnte nicht abgeleitet werden: Im Vergleich mit entsprechender Literatur hätte diese in diesem Kollektiv vergleichsweise hoch gelegen⁶⁹⁶. Diese Frauen produzierten tendenziell mehr „Blues“-Symptomatik, neigten jedoch vergleichsweise eher weniger zu Depressivität. Andere Arbeiten kamen zu anderen Ergebnissen, auch wir hatten eher eine Verbindung zwischen PMS- und zumindest „Blues“-Anfälligkeit erwartet. Allerdings ist dieses Ergebnis gut in unser multifaktorielles Konzept zu integrieren, während in früheren Arbeiten eine gleichsinnige Korrelation oft als „Beweis“ oder zumindest Hinweis einer endokrinen Dysfunktion oder Pathologie gewertet worden war.

⁶⁹⁶ Vgl. Kap. 2.4.11.

4.13. Bildung, Beruf und „Baby-Blues“/Postpartum-Depression

Der häufigste Schulabschluss in diesem Kollektiv war die Allgemeine Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife, knapp gefolgt von der Mittleren Reife. Höhere Schulabschlüsse erscheinen im Vergleich mit dem örtlichen Bevölkerungsquerschnitt überdurchschnittlich vertreten zu sein. Frauen mit Abitur oder Realschulabschluss neigten sowohl weniger zur Dysphorie als auch zur Depressivität als beispielsweise Frauen mit Hauptschulabschluss. Möglicherweise wirkt nicht der Schulabschluss als solcher, sondern die implizierte höhere Allgemeinbildung oder eventuell ausgeprägtere soziale Kompetenz protektiv.

Dennoch war die am häufigsten angegebene Berufssausbildung die abgeschlossene Lehre, das Studium stand erst an zweiter Stelle. Eine hochqualifizierte Berufsausbildung ging mit weniger „Blues“ einher, mit der Depressivität konnte statistisch kein Zusammenhang gefunden werden.

Über zwei Drittel der Frauen war während ihrer Schwangerschaft berufstätig gewesen, dies war mit etwas weniger Dysphorie nach der Geburt verknüpft. Nur ein Viertel davon empfand dies jedoch nicht als Belastung, einige Mütter hatten sich durch die Arbeit in der Schwangerschaft maximal belastet gefühlt: Diese litten im frühen Wochenbett besonders gehäuft unter „Blues“. Dass die Berufstätigkeit vor der Geburt nur Auswirkungen auf den „Blues“, nicht jedoch auf die Postpartum-Depression zeigt, könnte - wie oben bereits ausgeführt - wiederum im engeren zeitlichen Bezug der Schwangerschaftsgeschehnisse zum frühen als zum späteren Wochenbett begründet liegen.

Unsere Fragen zum beruflichen Wiedereinstieg kamen zu beiden Befragungszeitpunkten zum großen Teil noch zu früh - vielfach wurden sie deshalb nicht beantwortet: Viele Frauen gaben an, sich hierüber noch keine konkreten Gedanken gemacht zu haben. Möglicherweise waren gerade die Mütter dieses Kollektivs mit einer Reihe von Problemen befasst, die sie daran hinderten, Pläne zu machen, bevor das Kind oder die Kinder da waren und eine gewisse Planungssicherheit beim Perspektivenaufbau zurück gewonnen war - diese war durch eine „Risikoschwangerschaft“ eventuell massiv erschüttert gewesen.

Fast alle Frauen hatten vor, zumindest in unbestimmter Zukunft wieder berufstätig zu sein. Das Spektrum reichte von Selbständigen, die bis zum Tag der Geburt gearbeitet hatten und im unmittelbaren Anschluss an die Entlassung nach Hause wieder „einsteigen“ wollten oder mussten bis hin zu anderen, die langfristig ihren Tätigkeitsschwerpunkt auf ein „klassisches Hausfrauendasein“ legen wollten. Der Wunsch nach dem beruflichen Wiedereinstieg war signifikant mit einer erhöhten „Blues“-Neigung verbunden: Je höherwertig dieser Wunsch war, desto höher fiel der KSc aus. Im BDI ergab sich das von uns erwartete Bild: Diejenigen Mütter, die wieder arbeiten gehen mussten, waren im Vergleich deutlich depressiver.

Die Dysphorie der Mütter, für die die Berufstätigkeit ein wichtiger Pfeiler ihres Selbstverständnisses war, erklärt sich vielleicht mit einer Art Trauerreaktion - denn für Mütter bedeutet Berufstätigkeit die spürbare Realisierung des sozialen Modells der sprichwörtlich gewordenen „Doppelbelastung“: Einerseits werden sie in unserer Gesellschaft erwiesenermaßen als hauptverantwortlich für das leibliche, geistige und seelische Wohl des Kindes oder der Kinder sowie der restlichen Familienmitglieder betrachtet⁶⁹⁷. Andererseits muss die eigene Biografie - angefangen beim beruflichen/finanziellen Werdegang bis hin zur eigenen Einordnung der Persönlichkeit in Rollenmodelle wie das des allezeit „attraktiven Sexualpartners“ - zusätzlich bewältigt werden: Hierin steckt enormes „Stresspotential“ - ein idealer Nährboden für „Befindlichkeitsstörungen“.

4.14. Definition und Abgrenzung von „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression

Die in dieser Arbeit eher im oberen Bereich der bisher für vaginale, jedoch noch nie ausschließlich für Kaiserschnitt-Geburten ermittelten „Blues“-Prävalenz von über drei Viertel der befragten Mütter erscheint auf den ersten Blick außerordentlich hoch. Vergleicht man jedoch die Kollektive S und V, erreichen die Frauen in V mit einem Sectioanteil von immerhin auch einem Viertel der Gesamtfälle eine ähnlich hohe „Blues“-Rate. Bedauerlicherweise gab es in der Arbeitsgruppe zu dieser Zeit noch kein demographisch vergleichbares Kollektiv ganz ohne Sectio-Geburten, um den Einfluss der Kaiserschnittentbindung auf die Prävalenzen von „Blues“ und Postpartum-Depression zu können. Deutlich trat jedoch die Tendenz dieses Kollektivs S zu den höchsten „Blues“-Prävalenzen auch im Vergleich mit allen anderen Kollektiven der Arbeitsgruppe heraus⁶⁹⁸.

Der Fragebogen nach Kennerly an sich beinhaltete einige interessante Aussagen: Auffällig selten wurde sowohl in S als auch übereinstimmend in V das Item „empfindungslos“ bejaht. Möglicherweise ist dies als kulturspezifisch zu werten, weil es beispielsweise im türkisch-kurdischen Kollektiv ein auffallend häufiges Item darstellte.

Mit dem Kennerly-Bogen wurde die Befindlichkeit ausschließlich tagesaktuell erfasst. Mit den Häufungen für „glücklich“ und „zuversichtlich“ ergab sich somit nicht zwangsläufig ein Widerspruch zu ähnlichen Fragen, die bereits unter den Hypothesengruppen diskutiert wurden - eine gewisse Redundanz der Frageinhalte an verschiedenen Stellen der Gesamterhebung war Absicht und sollte zum einen die Konsistenz der mütterlichen Erinnerungen und Eindrücke überprüfen, zum anderen war dadurch zum Teil die beispielsweise hier vorliegende Differenzierungsmöglichkeit zwischen grundsätzlicher Befindlichkeit und aktueller Stimmung möglich.

⁶⁹⁷ u.a. Hamilton (1962), Mastrogiamaco (1983), Lanczik (1994), Nicolson (1998 und 1999), Kneuper (2004/5)

⁶⁹⁸ Vgl. Kap. 3.3.2.

Aktuelle Ruhe, Gelassenheit und Konzentrationsfähigkeit waren offensichtlich regelhaft vorhanden, jedoch auch Ängstlichkeit, Wachsamkeit, Müdigkeit und Weinerlichkeit. Insgesamt spricht die Symptomenkonstellation für eine Art „kompensierter Stress-Situation“.

Ungefähr die Hälfte aller Frauen gab eine „gehobene Stimmung“, „Lebhaftigkeit“, „Reizbarkeit“, „Überempfindlichkeit“⁶⁹⁹, „emotionale Überreaktionen“ und „Stimmungsschwankungen“ an. Insgesamt wurde etwas mehr „innerer Ruhe“ wie „innere Unruhe“ angegeben. Die Merkmale „Hilflosigkeit“, „Grübeln“ und „Gefühle schlecht zeigen können“ waren ebenfalls recht häufig vertreten.

Etwas weniger erschienen Attribute wie „entmutigt“, „deprimiert“, „launisch“, „vergesslich/durcheinender“, „kann nicht aufhören zu weinen“ sowie „selbstmitleidig“ - ein etwas unglücklich gewählter Ausdruck, der in der konkreten Gesprächssituation zumeist etwas relativiert vorgestellt werden musste.

Zugunsten einer besseren Übersicht und Deutung wurde eine Eingruppierung der verschiedenen Cluster via Faktorenanalyse versucht. „Blues“ ließe sich demnach bezüglich seiner Hauptmerkmale unterteilen und gegebenenfalls darin sogar einzeln gewichten: Der kognitive Status scheint eines dieser Cluster zu sein, ebenso die „psychische Anspannung“, getrennt davon die „emotionale Reaktionsbereitschaft“ sowie die klassische „traurige“ Komponente, die aber in „traurig-neurotisch“ und „traurig-unglücklich“ unterteilt werden muss. In der Ergebnistabelle wurden bereits einfache Interpretationen vorgestellt. Da sich unter Einbeziehung des Kollektivs V eine ähnliche Aufspaltung der Cluster ergab, könnte dies ein Hinweis auf eine mögliche oder gar nötige Differenzierung zwischen mehreren Qualitäten oder Aspekten der dysphorischen Komponente sein, die seit jeher als „Leitsymptom“ des „Baby-Blues“ betrachtet wurde.

Die Tatsache, dass die Depressivität als Item des Blues auch im erweiterten Datensatz⁷⁰⁰ keine große Bedeutung zu spielen schien, plädiert entschieden zugunsten der Unterschiedlichkeit beider Phänomene bezüglich ihrer Ausprägung und eventuell auch ihrer Einflussfaktoren. Die bisher rein zeitlich definierte Trennung von „Blues“ und „Postpartum-Depression“ könnte um eindeutige „ausprägungsspezifische“ Kriterien erweitert werden. Dass die Scores der beiden maßgeblichen Instrumente hochsignifikant miteinander in Bezug standen, weist auf die nahe Verwandtschaft beider „Störungen“ hin, widerspricht jedoch nicht einer möglichen und vielleicht auch sinnvollen Differenzierung. Eine Aussage über die gemeinsame oder nicht gemeinsame Ätiologie kann so noch nicht getroffen werden.

Anzumerken bleibt noch, dass sich die „klassisch depressiven“ Items in zwei gleich gewichtigen Clustern niederschlugen - diese wurden in dieser Arbeit als „traurig-neurotische“ und „traurig-unglückliche“ Komponenten bezeichnet.

⁶⁹⁹ Der Ausdruck wurde aus dem Englischen übersetzt und gewinnt im Deutschen bedauerlicherweise einen tendenziösen Beiklang: es kann nicht die Absicht der Übersetzer gewesen sein, Frauen in der vulnerablen Phase kurz nach ihrer Entbindung mit abwertenden Begriffen zu konfrontieren, die sie auf sich selbst beziehen sollten.

⁷⁰⁰ D.h. nach gemeinsamer Berechnung aus den beiden Kollektiven V und S

Die Aufteilung der depressiven Komponenten könnte für die Kaiserschnittmütter bedeuten, dass innerhalb einer „Störung“ verschiedene Gewichtungen der Symptomatik möglich sind. Eventuell bietet sich auch eine andere Deutung an: die „neurotisch-traurigen“ Items könnten mit psychiatrischer Prämorbidität korreliert sein, wohingegen die „traurig-unglücklichen“ Items Ausdruck der tatsächlich durch die Geburt und deren Umstände verursachten psychischen Schwierigkeiten sein könnten.

Klinisch wäre mit speziell hierauf angelegten Studien zu verifizieren, ob diese Unterteilung der statistischen Wirklichkeit standhält und ob daraus für die weitere Einteilung der „Störung“ oder gar Risikoabschätzung bezüglich einer etwaig auftretenden späteren Wochenbettdepression abgeleitet werden kann.

Die Postpartum-Depression selbst war mit zweierlei in früheren Studien häufig verwendeten Instrumenten erfasst worden. Die hohe Übereinstimmung in den Ergebnissen beweist, dass der EPDS im Gegensatz zum Kennerly-Score tatsächlich Depressivität erfasst. Zusätzlich wurde er für die spezielle Situation des Wochenbettes entworfen, deshalb seine grundsätzlich höhere Sensitivität für die Postpartum-Depression als die des BDI. Da in den von uns gewählten *cut-offs* ausdrücklich mildere und nicht-psychotische Verlaufsformen von Depression - zur besseren Unterscheidung hier meist als „Depressivität“ bezeichnet - erfasst worden waren, liegt die Prävalenz vergleichsweise hoch. Unter therapeutischen Gesichtspunkten sind diese Maßstäbe nicht praxisgerecht, sie würden möglicherweise zur Übertherapie der Postpartum-Depression im klassischen psychiatrischen Konzept führen.

Die vergleichsweise hohe Prävalenz der Depressivität im späten Wochenbett von beinahe einem Drittel aller untersuchten Frauen bezog sich auf die Summe der beantworteten „Sechs-Wochen-Bögen“. Da die Prävalenz im Vergleichskollektiv V - wiederum auf den tatsächlichen Rücklauf bezogen - um gut 10% niedriger ausfiel, erscheint in Anbetracht der protrahierten Problematik z.B. der „Frühchen“-Mütter durchaus glaubhaft.

Wenn man die Prävalenz der Postpartum-Depression allerdings auf die jeweilige Stichprobe als Ganze beziehen würde, lägen die beiden Kollektive S und V unerwarteterweise jeweils bei der *gleichen* Prävalenz, die sich wiederum in Übereinstimmung mit der in der Literatur angegebenen befände. Da wir jedoch bei übereinstimmenden Instrumenten möglichst die selben *cut-offs* wie die erwähnte Literatur benutzten, bleibt die „große Unbekannte“ in dieser Rechnung und infolgedessen auch bei der Interpretation dieses Ergebnisses bei jenen Frauen, die im späten Wochenbett *nicht* antworteten. Durch entsprechend große Fallzahlen insgesamt könnte dieses methodische Problem in künftigen Studien minimiert werden, weil Nacherhebungen per se mit nicht vollständig minimierbaren, datenbezogenen Kontinuitätsproblemen einhergehen.

5. Zusammenfassung

Mittels der vorgestellten Daten konnte anschaulich herausgearbeitet werden, dass die psychische Befindlichkeit - oder, empathischer formuliert, die „seelische Verfassung“ - der untersuchten Mütter sowohl im frühen als auch im späteren Wochenbett im Vergleich mit der bestehenden Literatur überdurchschnittlich beeinträchtigt war - wobei zu berücksichtigen ist, dass bisher weltweit keine „reine Kaiserschnitt-Studie“ zu diesem Thema existierte. Überhaupt sind bisher nur sehr wenige Arbeiten veröffentlicht, die Kaiserschnitt-entbundene Mütter nicht sogar explizit ausschlossen.

Die Kollektive S und V unterschieden sich in einzelnen Items verständlicherweise zum Teil beträchtlich, jedoch insgesamt gerade bezüglich der Symptomatik von „Baby-Blues“ und „Wochenbettdepression“ erstaunlich wenig. Dass die reine Sectio-Gruppe im Vergleich zu den gemischten Geburtsmodi etwas höhere Prävalenzen von „gestörter“ Befindlichkeit im frühen Wochenbett aufwies, mag ein Ausdruck des höheren Medikalisierungsgrades von S im Vergleich zu V sein, denn: nicht zu vergessen ist, dass auch im Kollektiv V im Vergleich zur Vorliteratur eine eher hohe Prävalenz des „Baby-Blues“ gefunden wurde - vielleicht Hand in Hand einhergehend mit dem ohnehin nicht gerade niedrigen Medikalisierungsgrad einer sowohl spontanen als auch operativen Klinikgeburt in Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern. Da die Ergebnisse des Hausgeburtskollektives zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit noch nicht statistisch aufbereitet vorliegen, kann dieser Aspekt momentan nicht weiter ausgeführt und vertieft werden.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte die Bedeutung der Medikalisierung ursprünglich gesellschaftlicher Ereignisse, ja sogar die „Umwidmung“ in ein quasi medizinisches Ereignis am Beispiel moderner Schnittentbindungen lediglich angerissen und bruchstückhaft skizziert werden. Ergänzende oder auch vergleichende Arbeiten gerade zu spezielleren Fragestellungen wären zur weiteren Klärung der Ursachen der überdurchschnittlich schlechten Befindlichkeit der Kaiserschnittwöchnerinnen im Vergleich zu spontan entbundenen Wöchnerinnen hilfreich.

Insgesamt scheint für beide untersuchten „Befindlichkeitsstörungen“ eine quasi unübersehbare Vielzahl von Einflüssen auf die Stimmung einer Frau in einer derart maximalen Umbruchsituation in ihrem biografischen Werdegang Einfluss zu nehmen.

Das generelle Problem der Gewichtung der vorgestellten Einflüsse auf das psychische Wohlergehen der Frauen - sowohl im frühen als auch im späten Wochenbett - sowie die Problematik der ungeklärten Kausalitätszusammenhänge wurden ausführlich dargestellt. Auf die Verwendung von Regressionsanalysen in großem Ausmaß wurde verzichtet, da sich die Ausgangsdaten nur sehr eingeschränkt für diese Methode eigneten und die Gefahr bestand, statistisch eher „wackeligen“ Ergebnissen den Vorzug vor validen qualitativen Erkenntnissen ein-

zuräumen - die ausführlich und mit besonderem Bezug zur bereits vorhandenen Literatur vorgestellt worden waren.

Die Frage nach der diagnostischen, aber auch der therapeutisch bedeutsamen Entität der beiden postpartalen „Befindlichkeitsstörungen“ „Baby-Blues“ und Postpartum-Depression konnte mit weiteren, „Sectio-spezifisch“ auch neuen Aspekten beleuchtet werden. Eine abschließende Bewertung gerade in Bezug auf den Einfluss des Geburtsmodus „Kaiserschnitt“ kann auch aufgrund der eher niedrigen Fallzahlen statistisch noch nicht stattfinden, jedoch konnten wichtige und plausible Tendenzen aufgezeigt werden, die zukünftig gezielter beforscht werden könnten und sollten.

Insgesamt sprechen die vorliegenden Daten - vor allem im Abgleich mit den anderen Kollektiven der Münchener Postpartum-Studie - zwar für das Vorliegen einer zumindest zeitlich gesehen „geburtsspezifischen“ Beeinträchtigung einiger Wöchnerinnen - durchaus in Form des „klassischen“ „Baby-Blues“ und später der Postpartum-Depression. Die Stimmung der Wöchnerinnen zum Zeitpunkt des frühen und auch späteren Wochenbettes zeigte sich vor allem negativ alteriert, solche Episoden konnten in Übereinstimmung mit der vorgestellten Literatur jedoch auch in anderen Lebenssituationen der gleichen Frauen bereits identifiziert werden. Daher stellt sich trotz allem die Frage nach der Spezifität dieser Phänomene: mit Verweis auf die ausführlich dargestellte Literatur konnte eine negativ beeinträchtigte Stimmungslage dieser Wöchnerinnen zum einen mit der von Frauen in anderen krisenhaften Situationen verglichen werden. Zum anderen konnte mit bisherigen Fragestellungen einschließlich der vorliegenden Arbeit außer den rein zeitlichen Definitionen kein ausschließlich geburtsspezifisches Kriterium herausgearbeitet werden.

Da die Depressivität der hier untersuchten Kaiserschnitt-Entbundenen im *späteren* Wochenbett doch oberhalb des Rahmens der in der Vorliteratur gefundenen Prävalenzen lag, kann jedoch mit den bereits beschriebenen Einschränkungen zumindest von einer möglichen Assoziation mit speziellen, Sectio-spezifischen Geburtsumständen gesprochen werden - wenn dies nicht gar als Hinweis auf einen tatsächlich existierenden „schnittgeburtsspezifischen“ Prädiktor gewertet werden kann. Natürlich müsste dies mittels geeigneter, vielleicht sogar prospektive Studien genauer überprüft werden.

Es kam in der Befragung deutlich zum Ausdruck, dass es diesen Frauen trotz aller „Umstände“ subjektiv eine sehr große Herausforderung zu sein schien, dieses „neue Leben“ unter seinen speziellen Prämissen zu meistern. Man kann von einer - im Vergleich mit nicht kürzlich entbundenen Frauen, vielleicht sogar auch im Vergleich mit zeitnah spontan-vaginal oder gar vaginal-operativ entbundenen Frauen - deutlich überdurchschnittlichen, allerdings sehr heterogen gestalteten Belastung dieser Frauen sprechen. Möglicherweise bewirkt gerade eine Geburt durch Kaiserschnitt im Zusammenhang mit weiteren geburtsunspezifischen, ausführlich dargestellten medizinischen, psychischen und vor allem kulturell-sozialen „Prämorbiditätsfaktoren“ tief greifende negative Veränderungen der seelischen Gesundheit bei Wöchnerinnen - und damit unter der Berücksichtigung ständig weiter steigender Sectio-Raten bei einer nicht

zu unterschätzenden Anzahl von Müttern insgesamt: Diese Arbeit konnte neue, in dieser Komplexität und vor allem für die sehr spezielle Untergruppe der sonst bei den meisten Studien explizit ausgeschlossenen Kaiserschnitt-Entbundenen noch nie zuvor erhobene und ausgewertete Daten präsentieren. Zusätzlich sollten in zeitgemäßer Forschung auch scheinbar eher „weibliche“ Sichtweisen nicht weiter ausgeblendet bleiben⁷⁰¹. Damit mag ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der modernen Geburtshilfe für ein sehr spezielles Klientel derselben geleistet worden sein, welches derzeit im bundesdeutschen Durchschnitt bei steigender Tendenz insgesamt bereits fast ein Drittel aller Entbindenden ausmacht.

Die Frage nach der chronischen oder möglicherweise vorübergehenden Natur sowie der Dauer dieser psychischen oder seelischen Alterationen kann hier nicht abschließend beurteilt werden: Mit dem im Vergleich zur Dauer der möglichen untersuchten Einflüsse insgesamt eher kurzen Zeithorizont bezüglich der Nacherhebung können die vorliegenden Daten jedoch keinen Anspruch auf eine endgültige Aussage vor allem der Lebenszeitprävalenz von Depressivität durch die Geburt oder den Geburtsmodus treffen.

Da die Depressivität der hier untersuchten Kaiserschnitt-Entbundenen im *späteren* Wochenbett etwas oberhalb des Rahmens der in der Vorliteratur gefundenen Prävalenzen lag, kann mit den bereits beschriebenen Einschränkungen trotzdem zumindest von einer möglichen Assoziation mit speziellen, Sectio-spezifischen Geburtsumständen gesprochen werden - wenn nicht gar von einem tatsächlich „geburtsspezifischen“ Prädiktor.

Die Bedeutung der hier vorgestellten und erörterten Ergebnisse liegt außer in ihrer deskriptiven Ausführlichkeit vor allem auch in dem Erkenntnispotential, das selbst mit einer solchen Vielzahl von Items nur grob umrissen werden konnte. Die sozialpolitische, gesellschaftliche und kulturell-historische Dimension der bei jungen - in diesem Fall weiblichen - Erwachsenen in ihrer maximal (re-)produktiven Lebensphase so häufig auftretenden „Störungen“ konnte nur in Andeutungen beleuchtet werden. In vielerlei wissenschaftlichen Disziplinen wird dieser Diskurs mittlerweile auf einer komplexeren Ebene als in den vergangenen Jahrzehnten mitgetragen und in multimodalen Ansätzen geforscht, da die bisherige ungenügend vernetzte Heterogenität der Forschung keine befriedigenden Antworten auf so lange schon und immer noch offene Fragen geben konnte.

Wie in bereits vorhandenen Studien zeichnete sich auch in dieser Arbeit eine schon an mehreren Stellen angesprochene Problematik ab: Medizinische Phänomene - und erscheinen sie noch so gut definiert und abgegrenzt - lassen sich in ihrer Komplexität nicht ohne ihren umfassend explorierten kulturhistorischen und sozialen Hintergrund erforschen und deuten. Das

⁷⁰¹ Psychologische Forschung belegt, dass auch heutige Forschung als klassisch „weiblich“ empfundene Perspektiven nicht sichtbar werden lässt. Es scheinen deutliche Unterschiede zu bestehen, wenn Untersuchungen von Frauen oder von Männern durchgeführt und beschrieben werden. Vgl. hierzu u.a. Buck (1993), Nicolson (1999) und Kneuper (2004/5)

interdisziplinäre Vorgehen gut vernetzter und kooperationswilliger Disziplinen der heutigen Wissenschaft wird für zukünftige Studien eine ebenso grundlegende Erfordernis sein wie die Bereitschaft aller Forschenden, die eigenen Ansätze kritisch und reflektiert darzustellen sowie Beobachtungen möglichst neutral und ohne quantitativen Erfolgsdruck zu machen, festzuhalten, zu interpretieren und zueinander in Bezug zu setzen.

Übersicht Anhänge

Anhang 1: Fragebogen im Wochenbett (Kaiserschnitt) _____	193
Anhang 2: Kendell Selbstbeurteilungsbogen _____	209
Anhang 3: Fragebogen zur Stimmung der Mutter einige Wochen nach der Geburt _____	210
Anhang 4: So fühlte ich mich während der letzten Woche (EPDS) _____	213
Anhang 5: Partnerschaftsfragebogen _____	215
Anhang 6: Fragebogen zur Selbstbeschreibung (STAI) _____	216
Anhang 7: BDI _____	217
Anhang 8: Fragebogen zu Ihrem Umfeld (SSQT/SSQS) _____	219

Anhang 1: Fragebogen im Wochenbett (Kaiserschnitt)**Geburt:**

1. Wie lange hat die Geburt gedauert? _____ Stunden
2. Wann sind Sie in die Klinik gekommen? Um _____ Uhr
3. Was wurde in der Klinik gemacht?
 - ☐ Schmerzbekämpfung
 - ☐ gynäkologische Untersuchung
 - ☐ Nadel gelegt
 - ☐ Wehentropf
 - ☐ PDA
 - ☐ Andere: _____
 - ☐ CTG
 - ☐ Blutabnahme
 - ☐ Badewanne
4. Hatten Sie den Eindruck, daß Ihre Wünsche in dieser Phase ausreichend berücksichtigt wurden?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
- 5 a. Wie lange vor der Geburt wurde entschieden, daß ein Kaiserschnitt gemacht wird?

- b. War das ihre erste Schnittentbindung?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
- 6 a. Hatten Sie Wehen vor der Sectio?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
- b. Wenn ja, wie lange? _____
- 7 a. Was war der Grund für die Durchführung des Kaiserschnitts?

- b. Haben Sie mit diesem Eingriff gerechnet?
 - ☐ Er war geplant
 - ☐ Ich habe es erwartet
 - ☐ Ich habe es zwar nicht erwartet, aber damit gerechnet
 - ☐ Er kam völlig unerwartet
8. Wie war Ihre Reaktion, als Sie von dem Eingriff erfahren haben?
sehr beunruhigt 1 2 3 4 5 sehr erleichtert
- 9 a. War der Eingriff mit anderen gynäkologischen Eingriffen verbunden?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
- b. Wenn ja, welche(r)? _____

- 10a. Welche Art der Narkose wurde gewählt?
- ☐ Vollnarkose
 - ☐ Periduralanästhesie
 - ☐ (andere) _____
- b. Warum? _____
- c. Würden Sie sich noch einmal so entscheiden?
- ☐ ja
 - ☐ nein
- d. Wenn Vollnarkose: Was haben Sie nach dem Aufwachen gefühlt?
- ☐ Es ging mir schlecht und ich wollte mein Kind sehen
 - ☐ Es ging mir gut und ich wollte mein Kind sehen
 - ☐ Es ging mir gut und ich wollte mein Kind nicht sofort sehen
 - ☐ Es ging mir schlecht und ich wollte mein Kind nicht sofort sehen
 - ☐
- e. Wenn Sie Ihr Kind nicht sofort sehen wollten, warum? _____
- f. Wenn PDA: Was haben Sie erlebt/gefühl?
- ☐ Es hat mich eher belastet, den Kaiserschnitt im OP so direkt mitzubekommen
 - ☐ Es war schön, das Geschehen so direkt mitzuerleben
 - ☐
- g. Ab wann hatten Sie Schmerzen? _____
- h. Waren die Schmerzen schlimmer als erwartet? Ja _____ Nein
- i. Beeinträchtigen Sie Ihre Schmerzen zur Zeit? Ja _____ Nein
- j. Sind Sie enttäuscht über die Tatsache, daß ein Kaiserschnitt gemacht werden mußte?
- Ja, sehr _____ Nein, überhaupt nicht
- k. Haben Sie das Gefühl, etwas „verpaßt“ zu haben? Ja _____ Nein
- l. Wenn ja, was? _____
- m. Haben Sie das Gefühl, die „Ursache“ für den Kaiserschnitt könnte bei Ihnen liegen bzw. haben Sie irgend eine Art „Schuldgefühle“?
- _____
11. Wie haben Sie die Dauer der Geburt empfunden?
- sehr lang 1 2 3 4 5 sehr kurz
12. Wer war während der Geburt anwesend?
- ☐ Arzt
 - ☐ Hebamme
 - ☐ Krankenschwester
 - ☐ Bezugsperson: _____

13. Wie haben Sie die Anwesenheit empfunden?

Arzt	sehr unangenehm	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	sehr angenehm
Hebamme	sehr unangenehm	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	sehr angenehm
Krankenschwester	sehr unangenehm	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	sehr angenehm
Bezugsperson	sehr unangenehm	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	sehr angenehm

14. Haben Sie das Team vorher gekannt?

☐ ja, die/den _____
☐ nein

15. Haben Sie der Hebamme vertraut?

fachlich: ☐ ja ☐ nein
menschlich: ☐ ja ☐ nein

16a. Haben Sie der Ärztin/ dem Arzt vertraut?

fachlich: ☐ ja ☐ nein
menschlich: ☐ ja ☐ nein

b. Haben Sie der Anästhesistin/ dem Anästhesisten vertraut?

fachlich: ☐ ja ☐ nein
menschlich: ☐ ja ☐ nein

17. Haben Sie sich ernst genommen gefühlt?

überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr

18. War ihre Bezugsperson so beteiligt, wie sie es wollten?

☐ ja
☐ nein

19. Entsprach die Geburt einigermaßen Ihren Erwartungen?

viel schlimmer 1 2 3 4 5 viel schöner

Persönliche Daten

20. Wie alt sind Sie? ____ Jahre

21. Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet
☐ geschieden/ getrennt lebend ☐ verwitwet

22. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

☐ kein fester Partner
☐ fester Partner - getrennt lebend
☐ fester Partner - zusammen lebend

23. Wie viele Kinder haben Sie? _____

24. Wenn bei 10. ängstlich angegeben wurde:

a. Worauf bezieht sich Ihre Angst?

☐ nicht erklärbar

☐ auf: _____

b. Seit wann besteht die Angst?

Seit _____

25. Falls sie unter Stimmungsschwankungen leiden,

a. wann sind diese am schlimmsten?

☐ morgens

☐ mittags

☐ nachmittags

☐ abends

☐ nachts

☐ _____

b. Worauf würden Sie die Stimmungsschwankungen zurückführen?

c. Gibt es etwas, was Sie gegen die Stimmungsschwankungen tun können?

		nein	ja	ist dies	viel mehr als gewöhnlich	mehr als gewöhnlich	nicht anders als sonst	weniger als gewöhnlich	viel weniger als gewöhnlich
26.	Können Sie sich freuen?								

a. Können Sie sich so über das Kind freuen, wie Sie es erwartet haben?

☐ ja

☐ nein

b. Haben Sie das Gefühl, daß sie sich nicht genug freuen?

☐ ja

☐ nein

27.	Fühlen Sie sich traurig oder niedergeschlagen?								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a. Sehen Sie einen Grund für die Traurigkeit?

☐ ja, _____

☐ nein

28.	Erschrecken Sie leicht?								
29.	Haben Sie Alpträume?								
30.	Fühlen Sie sich einsam und alleingelassen?								

30a. In welcher Situation fühlen Sie sich einsam, alleingelassen?

		nein	ja	ist dies	viel mehr als gewöhnlich	mehr als gewöhnlich	nicht anders als sonst	weniger als gewöhnlich	viel weniger als gewöhnlich
31.	Haben Sie Kopfschmerzen?								
32.	Haben Sie Appetit?								
33.	Müssen Sie Weinen?								

a. Weinen Sie leicht?

- ☐ ja
- ☐ nein

b. Wie oft weinen Sie?

c. In welcher Situation weinen Sie?

d. Können Sie sich erklären, warum Sie weinen müssen?

- ☐ ja, weil _____
- ☐ nein

34. a. Schlafen Sie gut?

- ☐ ja
- ☐ nein

b. Können Sie gut einschlafen?

- ☐ ja
- ☐ nein, weil _____

c. Wie oft wachen Sie auf?

d. Warum wachen Sie auf?

- ☐ mein Kind
- ☐ Zimmernachbarinnen/ deren Kinder
- ☐ Sorgen, Grübeln
- ☐ _____

e. Belastet Sie das Aufwachen?

- ☐ ja
- ☐ nein

Körperkontakt

35. Was geschah mit Ihrem Kind sobald es auf der Welt war?

- ☐ auf den Bauch der Mutter gelegt
- ☐ Untersuchung auf dem Bauch der Mutter
- ☐ Untersuchung, nicht bei der Mutter
- ☐ Baden
- ☐ Anderes: _____

36. Wann hatten Sie den ersten Körperkontakt zu Ihrem Kind?

- ☐ unmittelbar nach der Geburt
- ☐ nach kurzer Untersuchung (ca. 5-10 min.)
- ☐ länger als 10 min., weniger als 1 h (___ min.), weil _____
- ☐ länger als 1h, weil _____
- ☐ Kind wurde aus dem Raum gebracht, weil _____
- ☐ kein Sichtkontakt möglich, weil _____
- ☐ Anderes: _____

37. Wie lange dauerte der Körperkontakt?
o kurz (5 min.)
o ca. 1/2 Stunde
o länger als 1/2 Stunde
o _____ h
38. Wie sah dieser aus?
o auf den Bauch der Mutter gelegt
o angelegt
o auf der Mutter untersucht
o Anderes: _____
39. Wie intensiv hätte der Kontakt Ihrer Vorstellung nach aussehen sollen?
viel weniger intensiv 1 2 3 4 5 viel intensiver
40. Wurde Ihr Kind kurz nach der Geburt für längere Zeit von Ihnen getrennt?
o nein
o ja, _____ Stunden
41. Fühlten Sie sich unsicher im Umgang mit Ihrem Kind?
überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr

Kind

- 42a. Welches Geschlecht haben Sie sich gewünscht?
o Mädchen
o Junge
o egal
- 42b. Sind sie jetzt bezüglich des Geschlechts enttäuscht
o ja
o nein
- 43a. Was hat Ihr Partner sich gewünscht?
o Mädchen
o Junge
o egal
- 43b. Ist Ihr Partner jetzt bezüglich des Geschlechts enttäuscht?
o ja
o nein
44. Wußten Sie schon vorher was es wird?
o nein
o ja o durch US
 o durch Amniozentese
 o Anderes _____
45. Wie haben Sie das Aussehen des Kindes empfunden?
sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut
46. Die wievielte Schwangerschaft ist das?
____ Schwangerschaften
____ Lebendgeburten
____ Totgeburten
____ Fehlgeburten
____ Schwangerschaftsunterbrechungen, weil _____

- 47a. Ist das Kind
o gesund
o krank: _____
o behindert: _____
- 47b. Wußten Sie schon vor der Geburt von der Behinderung/Krankheit?
o ja
o nein
48. Mußte Ihr Kind behandelt werden?(Ikterus o ja o nein)
o ja, _____
o nein
- 49a. Mußte Ihr Kind auf die Kinderstation?
o ja, weil _____
o nein
- 49b. Ist es noch auf der Kinderstation?
o ja, weil _____
o nein
50. Machen Sie sich Gedanken, ob mit Ihrem Kind gesundheitlich alles in Ordnung ist?
nicht 1 2 3 4 5 sehr
51. Wie fühlen Sie sich wenn Ihr Kind schreit?
o verunsichert
o verärgert
o trotzdem ruhig
o besorgt
o verzweifelt
o _____

Schwangerschaft

- 52a. War die Schwangerschaft geplant?
o ja
o nein
- 52b. War sie dennoch erwünscht?
nicht 1 2 3 4 5 sehr
- 53a. Haben Sie lange auf die Schwangerschaft gewartet?
o nein
o ja, ____ Monate ____ Jahre
- 53b. Ist die Schwangerschaft spontan eingetreten, oder haben Sie sich einer Sterilitätsbehandlung unterzogen?
o spontan
o Behandlung: _____
54. Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?
o problemlos
o Risikoschwangerschaft, laut Mutterpaß: _____
o körperliche Probleme:
o Erbrechen
o Liegen
o Präeklampsie
o Blutarmut
o _____
o seelische Probleme: _____
o Anderes: _____

55. Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?
sehr gut 1 2 3 4 5 sehr schlecht,
schlecht weil: _____
56. Litten Sie während der Schwangerschaft an einer psychiatrischen Erkrankung?
o ja
o nein
57. Wie hat sich die Partnerschaft im Laufe der Schwangerschaft verändert?
sehr positiv 1 2 3 4 5 sehr negativ
58. Haben Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?
o ja
o nein
59. Wurden bei Ihnen besondere Untersuchungen durchgeführt?
o Fruchtwasseruntersuchung, Befund: _____
o Blutuntersuchung, Befund: _____
o Mißbildungsultraschall, Befund: _____
60. Haben Sie an einem Vorbereitungskurs teilgenommen?
o nein
o ja o mit Partner o ohne Partner
61. Waren Sie mit dem Kurs zufrieden?
o ja
o nein
62. Wurde das Wochenbett in diesem Kurs angesprochen?
o ja, ausreichend
o ja, aber zuwenig
o nein
63. Haben Sie sich selbst vorbereitet?
o nein
o ja, durch
o Bücher
o eigene Erfahrungen mit Säuglingen
o Gespräche, mit _____
o Anderes: _____
64. Wie gut fühlten sie sich vorbereitet?
sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut
65. Hatten Sie das Gefühl, daß sie während der Schwangerschaft ausreichend unterstützt wurden durch
o Angehörige: _____
a) praktisch: nicht 1 2 3 4 5 sehr
b) emotional: nicht 1 2 3 4 5 sehr
o Partner: _____
a) praktisch: nicht 1 2 3 4 5 sehr
b) emotional: nicht 1 2 3 4 5 sehr
o Freunde: _____
a) praktisch: nicht 1 2 3 4 5 sehr
b) emotional: nicht 1 2 3 4 5 sehr
o Institutionen: _____
a) praktisch: nicht 1 2 3 4 5 sehr
b) emotional: nicht 1 2 3 4 5 sehr

66. Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?
o nein
o Beruf: _____
h/ Woche: _____
bis zu welcher SSW haben Sie gearbeitet? _____
war es eine große Belastung? nicht 1 2 3 4 5 sehr
o Hausarbeit: o ja o nein
o Betreuung von Kindern oder anderen Verwandten: o ja o nein
o Anderes: _____
67. Gab es besonders erwähnenswerte Ereignisse während der Schwangerschaft?
o nein
o ja: _____
68. Wie empfanden Sie die körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft?
sehr unangenehm 1 2 3 4 5 sehr angenehm
69. Wie empfanden Sie die Veränderung Ihres Aussehens in der Schwangerschaft?
sehr unangenehm 1 2 3 4 5 sehr angenehm

Wochenbett

70. Wie ging es Ihnen seelisch nach früheren Schwangerschaften?
o gut
o schlecht, weil _____
o schlechte Stimmung
o Heultage
o Depression
o traurig
o Anderes: _____
71. Sind Sie zufrieden mit:
o der Klinik nicht 1 2 3 4 5 sehr
o dem Zimmer nicht 1 2 3 4 5 sehr
o den Nachbarinnen nicht 1 2 3 4 5 sehr
o der Betreuung nicht 1 2 3 4 5 sehr
72. Wieviele Betten hat das Zimmer? _____
73. Wer besucht sie?
o Partner
o Familie: _____
o Freunde: _____
o Kollegen: _____
o Andere: _____
75. Wieviele Besucher kommen pro Tag? _____
76. Wieviele Stunden pro Tag haben Sie Besuch? _____ Stunden
77. Wie haben Sie diese Besuche empfunden?
viel zu viele Personen 1 2 3 4 5 viel zu wenige
viel zu lange Besuche 1 2 3 4 5 viel zu kurze
74. Gibt es Leute, deren Besuch Sie erwartet hätten?
o nein
o ja: Wen? _____
78. Wäre es Ihnen lieber gewesen, wenn bestimmte Personen nicht gekommen wären?
o nein
o ja, Wer? _____

79. Stillen Sie Ihr Kind?
o ja (Ö 80) o nein (Ö 82)
80. Haben Sie Probleme mit dem Stillen?
o nein (Ö 84)
o ja (Ö 81)
81. Sind diese belastend für Sie?
nicht 1 2 3 4 5 sehr
(Ö 84)
82. Hätten sie gerne gestillt?
o nein (Ö 84)
o ja (Ö 83)
83. Sind Sie enttäuscht, daß Sie nicht Stillen?
o nein
o ja
84. Wie ist Ihr Kind untergebracht?
o Bedding in
o Rooming in
o anderes Zimmer
85. Wieviel Körperkontakt haben sie mit Ihrem Kind durchschnittlich pro Tag? _____h
Wann?
o nur zum Stillen
o immer wenn ich will
o wenn es schreit
o nur wenn es wach ist
o Anderes: _____
86. Würden Sie sich mehr oder weniger Körperkontakt wünschen?
viel mehr 1 2 3 4 5 viel weniger
87. Wann werden Sie voraussichtlich nach Hause gehen? in ____ Tagen
88. Würden Sie lieber
o früher gehen o richtiger Zeitpunkt
o später gehen
89. Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zu Hause denken?
sehr besorgt 1 2 3 4 5 sehr zuversichtlich
90. Werden Sie zu Hause Hilfe haben?
o Hebamme Für wie lange? ____ Tage ____ Wochen ____ Jahre
o Haushaltshilfe Für wie lange? ____ Tage ____ Wochen ____ Jahre
o Familie Für wie lange? ____ Tage ____ Wochen ____ Jahre
o Partner Für wie lange? ____ Tage ____ Wochen ____ Jahre
o _____ Für wie lange? ____ Tage ____ Wochen ____ Jahre
91. Haben Sie Angst, daß Sie überfordert sein könnten?
o ja
o nein
92. Haben Sie Angst, daß Sie einsam sein könnten?
o ja
o nein
93. Ist Ihre Situation so, wie Sie sie sich für sich und Ihr Kind gewünscht hatten?
o ja
o nein
94. Wo wird das Kind zu Hause schlafen?
o Kinderzimmer
o Kinderbett im Zimmer der Eltern
o Bett der Eltern
o woanders: _____

95. Wie stellen Sie sich die Zukunft vor?
o Arbeitsteilung
o Partnerschaft
o Beruf
96. Was wird sich in Ihrem Leben ändern?

97. Haben Sie vor, wieder zu arbeiten?
o ja (Ö 98) o nein (Ö 99)
98. Wollen Sie oder müssen Sie wieder arbeiten?
o ich will (Ö 100)
o ich muß (Ö 100)
99. Würden Sie gerne wieder arbeiten?
überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr gerne
(Ö 102)
100. Wann werden Sie beginnen? In:
____ Tagen
____ Wochen
____ Monaten
____ Jahren
101. Würden Sie lieber eine längere Pause machen?
o ja
o nein
102. Welche Rolle wird Ihr Partner bei der Kinderbetreuung haben?

103. Welche Rolle sollte er haben?

104. Gab es in der Vergangenheit Probleme mit Ihrem Partner?
nie 1 2 3 4 5 immer

Krankengeschichte und gynäkologische Anamnese

105. Haben Sie in der Schwangerschaft Alkohol getrunken?
o täglich viel
o 2-3 mal pro Woche
o weniger als 1 mal pro Woche
o nie
106. Haben Sie geraucht?
o ja; Wieviel? _____
o nein
107. Haben Sie Drogen genommen?
o ja; Welche? _____ Wie oft? _____
o nein
108. Nahmen Sie im Laufe der Schwangerschaft regelmäßig Medikamente ein?
o nein
o ja
Welche? _____
Wann? _____
109. Müssen Sie zur Zeit Medikamente einnehmen?
o nein
o ja, Welche? _____

110. Gibt es in Ihrer Familie seelische Erkrankungen?
o nein
o ja
o Depression
o Andere: _____
Wer leidet daran? _____
111. Leiden Sie selbst an psychischen Erkrankungen?
o nein
o ja, an _____
112. Litten Sie jemals, auch während der Schwangerschaft, an psychischen Erkrankungen?
o nein
o ja An welchen? _____
- 113a. Haben oder hatten Sie gynäkologische Erkrankungen?
o nein
o ja, welche? _____
- 113b. Wurden bei Ihnen bisher gynäkologische Operationen durchgeführt?
o nein
o ja, welche? _____
114. Hatten Sie vor der Schwangerschaft Beschwerden in den Tagen, bevor Ihre Menstruation einsetzte (PMS)?
o nein
o ja
- 115a. Haben Sie die Pille genommen?
o nein
o ja
- 115b. Hat sich Ihre Stimmung dadurch verändert?
viel schlechter 1 2 3 4 5 viel besser
116. In welchem Alter hat Ihre Periode eingesetzt? _____

Umfeld

- 117a. Wo sind Sie geboren?
o Deutschland
o Türkei
o anderes Land: _____
o Dorf
o Kleinstadt
o Großstadt
- 117b. Wo sind Sie aufgewachsen?
o Deutschland
o Türkei
o anderes Land: _____
o Dorf
o Kleinstadt
o Großstadt
- 118a. Wo ist Ihr Mann geboren?
o Deutschland
o Türkei
o anderes Land: _____
o Dorf
o Kleinstadt
o Großstadt
- 118b. Wo ist Ihr Mann aufgewachsen?
o Deutschland
o Türkei
o anderes Land: _____
o Dorf
o Kleinstadt
o Großstadt

- 119a. Wo wohnen Ihre Eltern?
o im gleichen Haus
o im gleichen Ort
o wie weit von Ihrem Wohnort entfernt? ____ h ____ km
- 119b. Wie oft haben Sie Kontakt?
o täglich
o wöchentlich
o selten
- 119c. Erwarten Sie Unterstützung?
o ja
o nein
- 119d. Wurden Sie bisher unterstützt?
o ja; In welcher Form? _____
o nein
- 120a. Wo wohnen die Eltern des Partners?
o im gleichen Haus
o im gleichen Ort
o wie weit von Ihrem Wohnort entfernt? ____ h ____ km
- 120b. Wie oft haben Sie Kontakt?
o täglich
o wöchentlich
o selten
- 120c. Erwarten Sie Unterstützung?
o ja
o nein
- 120d. Wurden Sie bisher unterstützt?
o ja; In welcher Form? _____
o nein
- 121a. Wo wohnen andere Angehörige?
o im gleichen Haus
o im gleichen Ort
o wie weit von Ihrem Wohnort entfernt? ____ h ____ km
- 121b. Wie oft haben Sie Kontakt?
o täglich
o wöchentlich
o selten
- 121c. Erwarten Sie Unterstützung?
o ja
o nein
- 121d. Wurden Sie bisher unterstützt?
o ja; In welcher Form? _____
o nein
122. Haben Sie Kontakt zu Personen, die in Ihrer Nähe wohnen?
sehr viel 1 2 3 4 5 sehr wenig
123. Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation?
sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut
124. Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung?
_____ Wochen _____ Monate _____ Jahre

125. Mußten Sie während der Schwangerschaft umziehen?
o nein
o ja
o gleicher Wohnort
o anderer Ort/Stadt
o anderes Land
126. Machen Sie sich Sorgen um Ihre wirtschaftliche Situation?
gar nicht 1 2 3 4 5 sehr
127. Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?
_____ Anzahl Erwachsene _____ Anzahl Kinder
128. Welche Konfession haben Sie?
o keine
o evangelisch
o katholisch
o andere _____
129. Sind Sie bewußt religiös?
o ja
o nein
130. Welchen (höchsten) Schulabschluß haben Sie?
o noch in der Schule
o Hauptschulabschluß
o Abitur, Fachhochschulreife
o sonstiges
o Sonderschulabschluß
o Realschulabschluß, Mittlere Reife
o ohne Schulabschluß
131. Welchen (höchsten) Berufsabschluß haben Sie?
o noch in Berufsausbildung als _____
o Lehre
o Meister, Fachschule
o Fachhochschule, Universität
o ohne Abschluß
132. In welcher Stellung arbeiten Sie bzw. haben Sie zuletzt gearbeitet?
o Arbeiterin
o einfache Angestellte/
Beamte
o höhere Angestellte/
Beamte
o Auszubildende
o sonstiges
o Facharbeiterin
o mittlere Angestellte/Beamte
o Selbständige
o noch nie berufstätig gewesen
133. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt?
o Vollzeit berufstätig
o arbeitslos/
ohne Beschäftigung
o Schülerin/Studentin
o sonstiges _____
o Teilzeit berufstätig
o in Ausbildung
o Hausfrau
134. Falls Sie arbeitslos sind: Seit wievielen Wochen? seit _____ Wochen
135. Falls Ihr Partner arbeitslos ist: Seit wievielen Wochen? seit _____ Wochen
- Ende: Möchten Sie selbst noch etwas ergänzen?

- BDI
o ja o nein
- Kendell-Selbstbeurteilung
o ja o nein
- Einverständniserklärung
o ja o nein
- Tabelle ausgehändigt
o ja o nein
- Anschrift:

Mutter:

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	

Vater:

Name	
Straße	
Ort	
Telefon	

- Eindruck der Untersucherin:

Anhang 2: Kendell Selbstbeurteilungsbogen

Bitte markieren Sie auf der Skala den Zustand, der am ehesten jetzt auf Ihr Befinden zutrifft.

1. Ich fühle mich glücklich und selbstbewußt

überhaupt nicht

mehr als jemals zuvor

2. Ich fühle mich schlecht und niedergeschlagen

überhaupt nicht

schlimmer als jemals zuvor

3. Ich habe geweint

überhaupt nicht

ständig

4. Ich bin sehr besorgt und ängstlich

überhaupt nicht

mehr als jemals zuvor

5. Ich bin sehr reizbar und schnell wütend

überhaupt nicht

mehr als jemals zuvor

6. Meine Stimmung schwankt dauernd zwischen Hochs und Tiefs

überhaupt nicht

mehr als ich es jemals
erlebt habe

Anhang 3: Fragebogen zur Stimmung der Mutter einige Wochen nach der Geburt

1. Änderte sich Ihre Stimmung kurz nachdem wir Sie befragt haben?
 - ☐ nein
 - ☐ ja Wann? _____
 Erläutern Sie bitte kurz Ihre damalige Stimmung: _____

2. Wieviele Tage sind Sie insgesamt im Krankenhaus geblieben? _____ Tage
3. Wieviele Tage ist Ihr Kind insgesamt im Krankenhaus geblieben? _____ Tage
4. Haben Sie in den Tagen nach dem Interview viel geweint?
 - gar nicht 1 2 3 4 5 sehr viel
5. Fühlen Sie sich überfordert, wenn Sie mit Ihrem Kind zu Hause alleine sind?
 - gar nicht 1 2 3 4 5 sehr
6. Fühlen Sie sich Zuhause einsam?
 - gar nicht 1 2 3 4 5 sehr
7. Wurden Sie Zuhause von Ihrem Partner oder anderen Personen unterstützt?

Wie lange wurden Sie unterstützt?

Partner:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Wochen
Verwandte:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Wer? _____ Wochen
Freunde:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Wer? _____ Wochen
Andere:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Wer? _____ Wochen
8. Werden Sie jetzt noch unterstützt?
 - ☐ nein ☐ ja
 - Von wem? _____
9. In welcher Form wurden/werden Sie unterstützt? Wie bewerten Sie diese Unterstützung?

Partner:	<input type="radio"/> Haushalt	<input type="radio"/> Kinderbetreuung	<input type="radio"/> seelisch	<input type="radio"/> _____
		Bewertung:	störend <u>1 2 3 4 5</u> hilfreich	
Verwandte:	<input type="radio"/> Haushalt	<input type="radio"/> Kinderbetreuung	<input type="radio"/> seelisch	<input type="radio"/> _____
		Bewertung:	störend <u>1 2 3 4 5</u> hilfreich	
Freunde:	<input type="radio"/> Haushalt	<input type="radio"/> Kinderbetreuung	<input type="radio"/> seelisch	<input type="radio"/> _____
		Bewertung:	störend <u>1 2 3 4 5</u> hilfreich	
Andere:	<input type="radio"/> Haushalt	<input type="radio"/> Kinderbetreuung	<input type="radio"/> seelisch	<input type="radio"/> _____
		Bewertung:	störend <u>1 2 3 4 5</u> hilfreich	

10. Wie harmonisch war Ihre Partnerschaft in der letzten Zeit?

schwierig 1 2 3 4 5 harmonisch

11. Wie hat sich die Partnerschaft in der Zeit seit der Geburt verändert?

☐ schwieriger ☐ harmonischer ☐ unverändert

Was hat sich verbessert?

Was hat sich verschlechtert?

12. Wieviele Stunden pro Tag haben Sie in etwa Körperkontakt zu Ihrem Kind? _____ Stunden

13. Bei welchen Gelegenheiten haben Sie Körperkontakt zu Ihrem Kind?

Wie lange dauert dieser Kontakt in etwa?

☐ Stillen/Fläschchen _____ Stunden /Tag

☐ Schmusen/Sprechen mit dem Kind _____ Stunden /Tag

☐ Herumtragen _____ Stunden /Tag

☐ Schlafen im Elternbett _____ Stunden /Tag

☐ sonstiges: _____ Stunden /Tag

14. Wünschen Sie sich mehr Körperkontakt? ☐ nein ☐ etwas mehr ☐ viel mehr

15. Wo schläft Ihr Kind (z.B. Kinderzimmer, Schlafzimmer, Ehebett)?

16. Stillen Sie?

☐ ja ☐ nein 17. Haben Sie Probleme mit dem Stillen? ☐ nein ☐ ja

Welche? _____

☐ nein 18. Haben Sie gestillt? ☐ nein ☐ ja

Wie lange? _____

Was war der Grund des Abstillens? _____

19. Wie kommen Sie mit Ihrem Kind zurecht? gar nicht gut 1 2 3 4 5 sehr gut

20. Gibt es spezielle Probleme mit Ihrem Kind? Welche?

☐ es schläft nachts nicht

☐ es schreit zuviel

☐ es spuckt dauernd

☐ es reagiert nicht auf Sie

☐ sonstige _____

21. Wie fühlen Sie sich, wenn Ihr Kind schreit? sehr hilflos 1 2 3 4 5 sehr sicher

22. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie getrennt von Ihrem Kind sind?
sehr besorgt 1 2 3 4 5 sehr entlastet
23. Falls Sie schon Kinder haben, gibt es in der Familie jetzt Probleme mit anderen Kindern?
o es ist das erste Kind sehr große Probleme 1 2 3 4 5 gar keine Probleme
24. Hat Ihre Menstruation schon wieder eingesetzt? o nein o ja
25. Hatten Sie seit der Geburt zu Hause Stimmungsschwankungen oder Depressionen?
o nein
o ja Wie äußerten sich diese? _____
Wann traten Sie auf? _____
26. Waren Sie deswegen in Behandlung? o nein o ja
27. Haben Sie in der Zeit seit der Geburt Medikamente eingenommen? o nein o ja
Welche Medikamente? _____
28. Traten irgendwelche für Sie erwähnenswerte Komplikationen auf? o nein o ja
Welche? _____
29. Haben Sie vor, wieder zu arbeiten?
o ja 30. Wollen Sie gerne wieder arbeiten? o nein o ja
31. Müssen Sie (z. B. aus finanziellen Gründen) wieder arbeiten? o nein o ja
32. Wann werden Sie beginnen? In: __ Tagen __ Wochen __ Monaten __ Jahren
33. Sind Sie mit diesem Zeitpunkt zufrieden?
o ja o es ist mir zu früh o es ist mir zu spät
o nein 34. Würden Sie gerne wieder arbeiten? nicht 1 2 3 4 5 sehr
35. Haben Sie Glückwünsche und Geschenke bekommen?
viel weniger als ich erwartet heb 1 2 3 4 5 viel mehr als ich erwartet habe
36. Wie fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Situation als Mutter? sehr unwohl 1 2 3 4 5 sehr wohl

Wenn Sie noch etwas hinzufügen möchten, was Ihnen wichtig erscheint, nutzen Sie bitte den verbleibenden Platz. Sie können auch gerne ein weiteres Blatt hinzufügen.

Bitte legen Sie die Tabelle zur Befindlichkeit bei, die Sie in der Klinik von uns erhalten haben, auch wenn Sie nicht alles ausgefüllt haben.

Anhang 4: So fühlte ich mich während der letzten Woche (EPDS)

Bitte markieren Sie die Antwort durch ankreuzen, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in **der letzten Woche einschließlich heute** gefühlt haben.

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:
1= Genauso oft wie früher
2= Nicht ganz so oft wie früher
3= Eher weniger als früher
4= Überhaupt nie
2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:
1=So oft wie früher
2=Eher weniger als früher
3=Viel seltener als früher
4=Fast gar nicht
3. Ich habe mich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging:
1=Ja, sehr oft
2=Ja, manchmal
3=Nicht sehr oft
4=Nein, nie
4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
1=Nein, nie
2=Ganz selten
3=Ja, manchmal
4=Ja, sehr oft
5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
1=Ja, ziemlich oft
2=Ja, manchmal
3=Nein, fast nie
4=Nein, überhaupt nie
6. Mir ist alles zuviel geworden:
1=Ja, ich wußte mir überhaupt nicht mehr zu helfen.
2=Ja, ich wußte mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen
3=Nein, ich wußte mir meistens zu helfen
4=Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen.
7. Ich war so unglücklich, daß ich kaum schlafen konnte:
1=Ja, fast immer
2=Ja, manchmal
3=Nein, nicht sehr oft
4=Nein, überhaupt nie
8. Ich war traurig und fühlte mich elend:
1=Ja, sehr oft
2=Ja, ziemlich oft
3=Nein, nicht sehr oft
4=Nein, nie
9. Ich war so unglücklich, daß ich weinen mußte:
1=Ja, sehr oft
2=Ja, ziemlich oft
3=Nur manchmal
4=Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke mir etwas anzutun:
1=Ja, oft
2=Manchmal
3=Selten
4=Nein,nie

Anhang 5: Partnerschaftsfragebogen

In dieser Übersicht sind 23 verschiedene Bereiche des Zusammenlebens aufgeführt, in denen Konflikte entstehen können. Kreuzen Sie bitte an, ob und in welchem Ausmaß in Ihrer Beziehung Konflikte im jeweiligen Bereich bestehen (im allgemeinen, d.h. jetzt, aber auch vor der Geburt und vor der Schwangerschaft) und wie Sie vorwiegend mit diesen Konflikten umgehen.

		keine Konflikte	Konflikte, erfolgreiche Lösungen	Konflikte, keine Lösungen, oft Streit	Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber
1.	Einteilung des monatlichen Einkommens				
2.	Berufstätigkeit				
3.	Haushaltsführung/Wohnung				
4.	Vorstellungen über Kindererziehung				
5.	Freizeitgestaltung				
6.	Freunde und Bekannte				
7.	Temperament des Partners				
8.	Zuwendung des Partners				
9.	Attraktivität				
10.	Vertrauen				
11.	Eifersucht				
12.	Gewährung persönlicher Freiheiten				
13.	Sexualität				
14.	Außereheliche Beziehungen				
15.	Verwandte				
16.	Persönliche Gewohnheiten des Partners				
17.	Kommunikation / gemeinsame Gespräche				
18.	Kinderwunsch / Familienplanung				
19.	Fehlende Akzeptanz / Unterstützung des Partners				
20.	Forderungen des Partners				
21.	Krankheiten / Behinderungen / psychische Störungen				
22.	Umgang mit Alkohol / Medikamenten / Drogen				
23.	Tätlichkeiten				

Anhang 6: Fragebogen zur Selbstbeschreibung (STAI)

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im allgemeinen** fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
Ich bin vergnügt	1	2	3	4
Ich werde schnell müde	1	2	3	4
Mir ist zum Weinen zumute	1	2	3	4
Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	1	2	3	4
Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	1	2	3	4
Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
Ich bin ruhig und gelassen	1	2	3	4
Ich glaube, daß mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	1	2	3	4
Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	1	2	3	4
Ich bin glücklich	1	2	3	4
Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	1	2	3	4
Mir fehlt es an Selbstvertrauen	1	2	3	4
Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick	1	2	3	4
Ich fühle mich niedergeschlagen	1	2	3	4
Ich bin zufrieden	1	2	3	4
Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	1	2	3	4
Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann	1	2	3	4
Ich bin ausgeglichen	1	2	3	4
Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	1	2	3	4

Anhang 7: BDI

Dieser Fragebogen enthält 19 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie sie **sich in dieser Woche einschließlich heute** gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- | | |
|--|--|
| <p>A</p> <p>0 Ich bin nicht traurig.</p> <p>1 Ich bin traurig.</p> <p>2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.</p> <p>3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.</p> | <p>0 Ich habe keine Schuldgefühle.</p> <p>1 Ich habe häufig Schuldgefühle.</p> <p>2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.</p> <p>3 Ich habe immer Schuldgefühle.</p> |
| <p>B</p> <p>0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.</p> <p>1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.</p> <p>2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.</p> | <p>F</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.</p> <p>2 Ich erwarte, bestraft zu werden.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.</p> |
| <p>C</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager.</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt</p> <p>2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.</p> | <p>G</p> <p>0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.</p> <p>1 Ich bin von mir enttäuscht.</p> <p>2 Ich finde mich fürchterlich.</p> <p>3 Ich hasse mich.</p> |
| <p>D</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.</p> <p>1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.</p> <p>2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.</p> <p>3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.</p> | <p>H</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.</p> <p>1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.</p> <p>2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.</p> <p>3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.</p> |
| <p>E</p> | <p>I</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.</p> <p>1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.</p> <p>2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.</p> <p>3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.</p> |
| | <p>J</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher.</p> |

- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
 3 Ich finde mich häßlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
 1 Ich ermüde schneller als früher.
 2 Fast alles ermüdet mich.
 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

Anhang 8: Fragebogen zu Ihrem Umfeld (SSQT/SSQS)

Dieser Fragebogen behandelt Ihre Beziehungen zu anderen Menschen und das Gefühl, das Sie im Bezug auf diese Beziehungen haben. Bitte markieren Sie die Antwort durch ankreuzen, die für Sie am ehesten zutrifft.

- | | |
|---|---|
| <p>1a. Kommt es jemals vor, daß jemand warm und herzlich Ihnen gegenüber ist?</p> <ol style="list-style-type: none">1. selten oder nie2. ab und zu3. regelmäßig4. oft <p>1b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte2. Es ist seltener als ich es gerne hätte3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag4. Es ist mehr als mir lieb ist <p>2a. Kommt es jemals vor, daß jemand freundlich zu Ihnen ist?</p> <ol style="list-style-type: none">1. selten oder nie2. ab und zu3. regelmäßig4. oft <p>2b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte2. Es ist seltener als ich es gerne hätte3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag4. Es ist mehr als mir lieb ist <p>3a. Kommt es jemals vor, daß jemand Sympathie für Sie empfindet?</p> <ol style="list-style-type: none">1. selten oder nie2. ab und zu3. regelmäßig4. oft <p>3b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte2. Es ist seltener als ich es gerne hätte3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag4. Es ist mehr als mir lieb ist <p>4a. Kommt es jemals vor, daß jemand für Sie Verständnis zeigt?</p> <ol style="list-style-type: none">1. selten oder nie2. ab und zu3. regelmäßig4. oft | <p>4b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte2. Es ist seltener als ich es gerne hätte3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag4. Es ist mehr als mir lieb ist. <p>5a. Kommt es jemals vor, daß jemand Ihnen gerne zuhört?</p> <ol style="list-style-type: none">1. selten oder nie2. ab und zu3. regelmäßig4. oft <p>5b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte2. Es ist seltener als ich es gerne hätte3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag4. Es ist mehr als mir lieb ist <p>6. Sie sind gerade gefragt worden, ob es vorkommt, daß Ihnen jemand gerne zuhört und ob jemand herzlich, freundlich oder verständnisvoll Ihnen gegenüber ist. Wie wichtig sind diese Dinge im allgemeinen für Sie?</p> <ol style="list-style-type: none">1. sehr wichtig2. ziemlich wichtig3. ein bißchen wichtig4. unwichtig <p>7a. Kommt es jemals vor, daß andere dazu beitragen, daß Sie sich wohlfühlen?</p> <ol style="list-style-type: none">1. selten oder nie2. ab und zu3. regelmäßig4. oft <p>7b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte2. Es ist seltener als ich es gerne hätte3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag4. Es ist mehr als mir lieb ist |
|---|---|

- 8a. Kommt es jemals vor, daß jemand Ihnen einen Anstoß in die richtige Richtung gibt?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 8b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 9a. Kommt es jemals vor, daß jemand sie aufbaut oder aufheitert?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 9b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 10a. Kommt es jemals vor, daß Ihnen jemand das Gefühl der Sicherheit gibt?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 10b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 11a. Kommt es jemals vor, daß Ihnen jemand sagt, Sie sollen nicht den Mut verlieren?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 11b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 12a. Kommt es jemals vor, daß Sie sich auf andere verlassen können?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 12b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
13. Sie sind gerade gefragt worden, ob Sie sich auf andere verlassen können, ob Ihnen jemand das Gefühl von Sicherheit gibt, Sie aufbaut oder dazu beiträgt, daß Sie sich wohlfühlen.
Wie wichtig sind diese Dinge im allgemeinen für Sie?
1. sehr wichtig
 2. ziemlich wichtig
 3. ein bißchen wichtig
 4. unwichtig
- 14a. Kommt es jemals vor, daß Sie jemand mit einem Besuch überrascht, über den Sie sich freuen?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 14b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 15a. Kommt es jemals vor, daß jemand Sie einfach anruft oder einfach mit Ihnen plaudert?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 15b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte

3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 16a. Kommt es jemals vor, daß Sie Dinge wie Einkaufen, Spaziergehen, ins Kino oder zum Sport gehen mit anderen gemeinsam machen?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 16b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 17a. Kommt es jemals vor, daß jemand Sie auffordert, bei etwas mitzumachen?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 17b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 18a. Kommt es jemals vor, daß Sie nur zum Spaß etwas mit anderen unternehmen?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 18b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
19. Sie sind gerade gefragt worden, ob es vorkommt, daß jemand Sie mit einem erfreulichen Besuch überrascht, Sie anruft um zu plaudern, Sie auffordert bei etwas mitzumachen oder etwas mit anderen gemeinsam zu unternehmen.
Wie wichtig sind diese Dinge im allgemeinen für Sie?
1. sehr wichtig
 2. ziemlich wichtig
 3. ein bißchen wichtig
 4. unwichtig
- 20a. Kommt es jemals vor, daß Ihnen jemand hilft, kleinere Arbeiten zu erledigen?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 20b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 21a. Kommt es jemals vor, daß jemand Ihnen Kleinigkeiten wie z.B. Zucker, einen Schraubenzieher oder etwas ähnliches leiht?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 21b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 22a. Kommt es jemals vor, daß Ihnen jemand kleinere Geldsummen leiht?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft
- 22b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?
1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
 2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
 3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
 4. Es ist mehr als mir lieb ist
- 23a. Kommt es jemals vor, daß Ihnen jemand Informationen oder einen Rat gibt?
1. selten oder nie
 2. ab und zu
 3. regelmäßig
 4. oft

23b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?

1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
4. Es ist mehr als mir lieb ist

24. Sie sind gerade gefragt worden, ob es vorkommt, daß Ihnen jemand hilft, kleinere Arbeiten zu erledigen, ob Ihnen jemand Informationen oder einen Rat gibt und ob Ihnen jemand Kleinigkeiten leiht.

Wie wichtig sind diese Dinge im allgemeinen für Sie?

1. sehr wichtig
2. ziemlich wichtig
3. ein bißchen wichtig
4. unwichtig

25a. Wenn Sie es wirklich brauchen, hilft Ihnen jemand, wenn Sie unerwartet darum bitten?

1. selten oder nie
2. ab und zu
3. regelmäßig
4. oft

25b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?

1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
4. Es ist mehr als mir lieb ist

26a. Kommt es jemals vor, daß Ihnen jemand wertvolle Dinge leiht, wenn Sie diese wirklich brauchen?

1. selten oder nie
2. ab und zu
3. regelmäßig
4. oft

26b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?

1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte

2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
4. Es ist mehr als mir lieb ist

27a. Wenn Sie es wirklich brauchen, hilft Ihnen jemand z.B. wenn Sie krank sind, wenn Sie ein Transportmittel brauchen, oder wenn Sie Begleitung brauchen?

1. selten oder nie
2. ab und zu
3. regelmäßig
4. oft

27b. Entspricht das Ihrem Bedürfnis?

1. Es ist viel seltener als ich es gerne hätte
2. Es ist seltener als ich es gerne hätte
3. Es ist genau so häufig, wie ich es mag
4. Es ist mehr als mir lieb ist

28. Sie sind gerade gefragt worden, ob es in Situationen, in denen Sie es wirklich brauchen, vorkommt, daß Ihnen jemand hilft, wenn Sie unerwartet darum bitten, daß Ihnen jemand wertvolle Dinge leiht und daß Ihnen jemand hilft, wenn Sie krank sind oder ein Transportmittel brauchen.

Wie wichtig sind diese Dinge im allgemeinen für Sie?

1. sehr wichtig
2. ziemlich wichtig
3. ein bißchen wichtig
4. unwichtig

Vielen Dank, daß Sie sich die Mühe gemacht haben, an unserem Projekt teilzunehmen. Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind alles Gute!

Literaturverzeichnis

- Aderibigbe, Y. A., Gureje, O., Omigbodun, O., Postnatal emotional disorders in Nigerian women. A study of antecedents and associations. *Br J Psychiatry* 163 (1993) 645-650
- Affonso, D., Arizmedi, T., Disturbances in Post-Partum Adaption and Depressive Symptomatology. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 5 (1986) 15-32
- Affonso, D., De, K. A., Horowitz J. A., Mayberry, L. J., An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 49 (2000) 207-216
- Affonso, D., Lovett, S., Paul, S., Arizmedi, T., Nussbaum, R., Newman, L., Johnson, B., Predictors of depression symptoms during pregnancy and postpartum. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 12 (1991) 255-271
- Ahrer, S., Postpartum Dysphorie bei Frauen im babyfreundlichen Krankenhaus St. Veit a.d. Glan, Österreich. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2006)
- AIMS (Assoc. For Improvements in the Maternity Services), Birth is not an Illness (Poster). Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth, Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S., "Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation" Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978
- Alberts, M., Psychological interventions in the pre-surgical period. *International Journal of Psychiatric Medicine* 19 (1989)
- Albrecht-Engel, I., Geburt in der BRD. *Mabuse* 110 (1997)
- Alvarado, R., Perucca, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E., Neves, E., Vera, A., Gyneco-obstetric aspects in women developing postpartum depression. *Rev Chil Obstet Ginecol* 58, No. 3 (1993) 239-244
- Anderson, G. L., Limacher, M., Assaf, A. R., The Women`s Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: The Women`s Health Initiative randomised controlled trial. *JAMA* 291 (2004) 1701-1712
- Andreoli, C., D'Addato, F., Andreoli, F., Malagnino, F., La depressione puerperale precoce: i blues puerperali. *Minerva-Gynecol* 41, No. 4 (1989) 173-176
- ANON, Decision on Cesearian can often be Influenced by Nonclinical Factors. *Family Planning Perspectives* 23 (1991)
- ANON, Hospital Cesearian Rate Reduced by 1/3 Without Adverse Effects for Mothers and Babies. *Family Planning Perspectives* 21 (1998) 93-94
- Arizmedi, T., Affonso, D., Stressful Events Related to Pregnancy and Postpartum. *J Psychosom Res* 31 (1987) 743-756
- Asch, S. S., Rubin, L. J., Postpartum reactions: some unrecognized variations. *Am J Psychiatry* 131 (1974) 870-874
- Augustin, B., „Psychometrische Studien über Stimmungsschwankungen im Wochenbett.“ Med. Dissertation, Hamburg, 1976

- Ballard, C. G., Stanley, A. K., Brockington, I. F., Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after child-birth. *British Journal of Psychiatry* 166 (1995) 525-528
- Ballestrem, C.-L. von, Strauß, M., Häfner, S., Kächele, H., Ein Modell für das Screening von Müttern mit postpartaler Depression. *Nervenheilkunde* 20 (2001) 352-355
- Ballinger, C. B., Buckley, D. E., Naylor, G. J., Stansfield, D. A., Emotional disturbance following childbirth – clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. *Psychol Med* 9 (1979) 293-300
- Bayerische Perinatalerhebung, Kommission für Perinatologie und Neonatologie der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 1994 und 2001
- Beck, A. T., „BDI.“ The psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich Inc., dt. Ausgabe, Hans Huber Verlag, Bern, 1993
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4 (1961) 561-569
- Beck, C. T., A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nurs Res* 45 (1996) 297-303
- Béhague, D., Victora, C., Barros, F., Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *B M J* 324 (2002) 942-945
- Bennet, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T. R., Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynaecol* 103 No 4 (2004)
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valorali, V., Cox, J., The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 53 (1999) 137-141
- Beral, V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the million women study. *Lancet* 362 (2003) 419-427
- Bergant, A., Heim, K., Ulmer, H., Illmensee, K., Early Postnatal Depressive Mood: Associations with Obstetric and Psychosocial Factors. *J Psychosom Res* 46 (1999) 391-394
- Bergant, A., Heim, K., Ulmer, H., Moser, R., Prävalenz depressiver Störungen im Wochenbett. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 38 (1998b) 232-237
- Bergant, A., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., Dapunt, O., Deutschsprachige Fassung und Validierung der Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Dtsch Med Wochenschr* 123 (1998a) 35-40
- Berger, J. J., „De Puerperarum Mania et Melancholia.“ *Med. Dissertation Universität Göttingen*, 1744
- Berkowitz, G. S., Effect of physician characteristics on the cesarian birth rate. *Am J Obstet Gynaecol* 1 (1989)
- Berkowitz, G., Fiarman, G. S., Mojicam M., Bauman, J., Haynes de Rect, R., Effect of physician characteristics on cesarean birth rate. *Am j Obstet Gynaecol* 161 (1989) 146-149
- Bernazzani, O., Saucier, J.-F., David, H., Borgeat, F., Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord* 46 (1997) 39-49
- Bernazzani, O., Saucier, J.-F., David, H., Borgeat, F., Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord* 46 (1997) 39-49
- Biermann-Ratjen, E.-M., „Der Weg von Frauen in die Psychiatrie.“ in: *Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1993

- Bloch, M., Schmidt, P., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., Rubinow, D. R., Effects of Gonadal Steroids in Women with a History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry* 157 (2000) 924-930
- Bölter, D., Kirschbaum, M., Beckmann, D., Eine Verlaufsuntersuchung über Stimmungsschwankungen in den ersten fünf Tagen nach der Entbindung. *Psychother Med Psychol* 36 (1986) 75-82
- Bornemann, R., „Kaiserschnitt. Operation und Geburt.“ Karoi Verlag, Berlin, 1989
- Bortz, J., „Statistik für Sozialwissenschaftler.“ Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1999
- Bourdieu, P., „La domination masculine.“ Éditions du Seuil, Paris, 1998
- Bowlby, J., „Attachment and loss. Vol. 1: Attachment.“ Basic Books, New York, 1969
- Boyce, P., Hickey, A., Gilchrist, J., Talley, N., The development of a brief scale to measure vulnerability to postnatal depression. *Arch Women Ment Health* 3 (2001) 147-153
- Boyce, P., Hickey, J., Gilchrist, J., Talley, N., Increased Risk of Postnatal Depression after Emergency Cesarean Section. *Medical Journal of Australia* 157 (1992) 172-4
- Boyce, P., Hickie, I., Parker, G., Parents, partner or personality? Risk factors for post-natal depression. *J Affect Disord* 21 (1991) 245-255
- Bretherton, I., „Die Geschichte der Bindungstheorie“ in „Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung.“ Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg.), Klett-Cotta, 1995
- Brockington, I. F., Kumar, R., „Postpartum mental illness and family“ in „Motherhood and Mental Health.“ Oxford University Press, Oxford/New York/Tokyo, 1996
- Buck, D., Was mich als Frau in der 150-jährigen männlichen Geschichte unserer Psychiatrie besonders berührt und erschreckt.“ in: *Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie.* Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1993
- Buist, A., Westley, D., Hill, C., Antenatal prevention of postnatal depression. *Arch Women Ment Health* 1 (1999) 167-173
- Carpiniello, B., Pariante, C., Serri, F., Costa, G., Carta, M., Validation of the Edinburgh Postnatal depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 18 (1997) 280-285
- Chalmers, B. E., Chalmers B. M., Post-Partum Depression: a Revised Perspective. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 5 (1986) 93-105
- Chamberlain, S., „Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher.“ Psychosozial-Verlag, Giessen, 1997
- Clifford, C., Day, A., Cox, J., A cross-cultural analysis of the use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in health visiting practice. *J Adv Nurs* 30 (1999) 655-664
- Comptoy, M., Postpartum Dysphorie bei Wöchnerinnen in Brixen, Italien. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2006)
- Cox, J. L., Holden J. M., Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In *Perinatal Psychiatry*, Gaskell, 1994
- Cox, J. L., Holden, J. M., Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150 (1987) 782-786

- Cox, J. L., Holden, J., Sagovsky, R., Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150 (1987) 782-786
- Cox, J. L., Perinatal mental disorder – a cultural approach. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 9-16
- Cox, J. L., Perinatal mood disorders in a changing culture. A transcultural European and African perspective. *Int Rev Psychiatry* 11 (1999) 103-110
- Cox, J. L., Postnatal Depression: A Comparison of African and Scottish Women *Soc Psychiatry* 18 (1983) 25-28
- Cox, J. L., Psychiatric Morbidity and Pregnancy: A Controlled Study of 263 Semi-Rural Ugandan Women. *Br J Psychiatry* 134 (1979) 401-405
- Crouch, M., Bonding, Postpartum Dysphoria, and Social Ties. A Speculative Inquiry. *Human Nature* 13 (3), (2002) 363-382
- Crouch, M., The Evolutionary Context of Postnatal Depression. *Hum Nat* 10 (1999) 163-182
- Culp, R., Osofsky, H. J., Effects of Cesarean Delivery on Parental Depression, Marital Adjustment, and Mother-Infant Interaction. *Birth* 16, No. 2. (1989)
- Cutrona, C., Causal Attributions and Perinatal Depression.. *J Abnorm Psychol* 92 (1983) 161-172
- Dalton, K., Prospective Study Into Puerperal Depression. *Br J Psychiatry* 118 (1971) 689-692
- Dammann, G., Depressive Symptome aus der Perspektive der evolutionären Psychiatrie. *Nervenheilkunde* 3 (2002) 132-137
- Davison, G. C., Neale, J. M., Hautzinger, M., “Klinische Psychologie.” Beltz, Weinheim, 2002
- De Jong, T. M., Kemmler, G., „Kaiserschnitt – wie Narben an Seele und Bauch heilen können“ Fischer Verlag, Frankfurt, 1996 und Kösel-Verlag, München, 2003
- Dech, H., Sandermann, S., Transkulturelle Aspekte psychischer Störungen bei Schwangerschaft und Geburt. *Curare* 20 (1997) 189-193
- Delius, M., „Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett im kulturellen Kontext. Literaturanalyse und empirische Untersuchung mit Migrantinnen aus der Türkei in Deutschland.“ Dissertation, Technische Universität München, 2004
- Derbolewsky, J., Benkert, O., Ott, L., Laakmann, G., Weissenbacher, E. R., von Zerssen, D., „The ‚Post-Partum Blues‘ - A Depressive Syndrome?“ in „Emotion and Reproduction. Proc. Of Serrano Symposia. Vol. 20B.“ Carenza, L., Zichella, L. (Hrsg.) Academic Press, London/New York/San Francisco, 1979
- Derbolewsky, J., Der “Heultag” im Wochenbett. *Therapiewoche* 30 (1980) 666-669
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briancon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sandermann, R., van den Heuvel, W., An International Study on Measuring Social Support: Interactions and Satisfaction. *Soc Sci Med* 43 (1996) 1389-1397
- Dolan, B., Parker, C., Cesarean section: A treatment for mental disorder. *B M J* 314 (1997)
- Dorfmüller, F. W., Beytrag zur Behandlung des Wahnsinns oder der Raserey der Kindbetterinnen. *N Arch Geburtshilfe Jena* 3 (1804) 58-75
- Durand, B., “Crise identitaire et folie maternelle”. In “devenir parent en l’ an 2000.” Bergeret-Amselek, C. (Hrsg.), Desclée de Brouwer, Paris, 1999

- Eberhard-Gran, M., Esklid, A., Tambs, K., Opjoordmoen, S., Samuelson, S. O., Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 104 (2001) 243-249
- Eckard, W., "Geschichte der Medizin." Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2000
- Edwards, D., Porter, S.-A. M., Stein, G. S., A Pilot Study of Postnatal Depression Following Cesarean Section Using Two Retrospective Self-Rating-Instruments. *Journal of Psychosomatic Research* 38 No. 2 (1994) 111-114
- English, J., Being born Cesarean: Physical and Psychological Aspects. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 3 (1994)
- Elliott, S., "Report on the Satra Bruk Workshop on Classification of Postnatal Mental Disorders on November 7-10, 1999, convened by Birgitta Wickberg, Philip Hwang and John Cox with the support of Allmanna Barnhuset represented by Marina Gronros." *Archives of Women's Mental Health* 3 (2000) 27-33
- English, J., „Different Doorway: Adventures of a Cesarean Born." Mount Shasta, CA, Earth Heart, 1985
- Escribà, V., Màs, R., Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.-J., Psychological distress of new Spanish mothers. *Eur J Public Health* 9 (1999) 294-299
- Esquirol, J. E. D., "Des maladies mentales considérées sous les rapports médicaux, hygiéniques et médico-légaux." Vol 1., J. B. Baillière, Paris, 1838
- Esser, H., Bohlmann, B., „Gedanken zu Macht und Wut." in: *Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1993
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J., Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 323 (2001) 257-260
- Feksi, A., Harris, B., Walker, R. F., Riad-Fahmy, D., Newcombe, R. G., 'Maternity Blues' and hormone levels in saliva. *J Affect Disord* 6 (1984) 351-355
- Fellacher, M., Postpartum Dysphorie bei Frauen in Wewak, Papua Neuguinea. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2006)
- Fisher, J., Astbury J., Smith, A., Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry* 31, No. 5 (1997) 728-738
- Fleck, L., "Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache." Suhrkamp, Frankfurt a. Main, 1999 (1935)
- Fleming, A. S., Adjustment in First-Time-Mothers: Changes in Mood and Mood Content During the Early Postpartum Months. *Developmental Psychology* 26, No. 1 (1990) 137-143
- Fleming, A. S., Flett, G. L., Ruble, D. N., Shaul, D. L., Postpartum Adjustment in First-Time Mothers. Relations Between Mood, Maternal Attitudes, and Mother-Infant Interactions. *Dev Psychol* 24 (1988) 71-81
- Fossey, L., Papiernik, E., Bydlowsky, M., Postpartum bues: A clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *Psychosom Obstet Gynaecol* 18 (1997) 17-21
- Fox, B., Worts, D., Revisiting the critique of Medicalized Childbirth. A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender and Society* 13 (1999) 326-346

- Francome, C., Savage, W., "Cesarian Section in Britain and the United States 12% or 24% is either the right rate?" in: *Cesarian Section Births in the U.S.*, Soc Sci Med 37 No. 10 (1993) 1199-1218
- Friedrich, J., „Natürlich hasse ich Untersuchungen...“ *Mabuse* 110 (1997)
- Gard, P. R., Handley, S. L., Parsons, A. D., Waldron, G., A Multivariate Investigation of Postpartum Mood Disturbance. *Br J Psychiatry* 148 (1986) 576-575
- Gheldof, M., van der Borcht, W., van Asche, F., Demyttenaere, K., "Early parenting experiences predict the psychological adaption during postnatal period." in: "11th International Congress of Psychosomatics and Gynaecology", Basel, Schweiz, Mai 1995
- Gier, J., „Eigentlich sollte ich glücklich sein.“ *Krise nach der Geburt. Mabuse* 110 (1997)
- Gingelmaier, A., Kästner, R., Stauber, M., "Frühe Mutter-Kind-Beziehung – Eine Untersuchung über die erste Stunde nach der Geburt." *BUCH*, 1991?
- Gitlin, M. J., Pasnau R. O., Psychiatrische, mit der reproduktiven Funktion in Verbindung stehende Syndrome bei Frauen. *Am J Psych* 146, No 1 (1989)
- Gjerdingen, D. K., Chaloner, K., Mother's experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women Health* 21, No. 4 (1994) 57-74
- Gjerdingen, D. K., Fronberg, D., Predictors of health in new mothers. *Soc Sci Med* 33, No. 12 (1991) 1399-1407
- Glangeaud-Freudenthal, N. M., Crost, M., Kaminski, M., Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health* 2 (1999) 37-44
- Gooch, R., "On Some of the Most Important Diseases Peculiar to Women." *The New Sydenham Society*, :London, 1829
- Goyert, G. L., The Physician Factor in Cesarean Birth Rates. *New England Journal of Medicine* 11 (1989)
- Greene, M., Vaginal birth after caesarean revisited. *N Engl J Med* 351, No. 25 (2004) 2647-2648
- Greene, P. G., Preparation for Cesarean Delivery: A Multicomponent Analysis of Treatment Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 4 (1989)
- Gregoire, A., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A., Studd, J., Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression, *Lancet* 347 (1996) 930-933
- Guedeney, M. D., Fermanian, J., Guelfi, J. D., Kumar, R. C., The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Detection of Major Depressive Disorders in Early Postpartum: Some Concerns About False Negatives. *Journal of Affective Disorders* 61 (2000) 107-112
- Hagen, E. H., The Functions of Postpartum Depression. *Evol Hum Behav* 20 (1999) 325-359
- Hahlweg, K., "Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)." *Hofgrete, Göttingen*, 1996
- Hahn, R., Kleinman, A., Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Ann Rev Anthropol* 12 (1983) 305-333
- Hall, L., Kotch, J., Browne, D., Rayens, M. K., Self-Esteem as a Mediator of the Effects of Stressors and Social Resources on Depressive Symptoms in Postpartum Mothers. *Nurs Res* 45, No. 4 (1996)
- Hamilton, J. A., "Postpartum Psychiatric Problems." *Mosby, St. Louis*, 1962

- Hamilton, J. A., Harberger P. N. (Hrsg.) „Postpartum Psychiatric Illness: A Picture Puzzle“ 1992 (1982)
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V., Sandler, M., Links between Early Postpartum Mood and Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry* 160 (1992) 777-780
- Harkness, S., The Cultural Mediation of Postpartum Depression. *Med Anthropol Q* 1 (1987) 194-209
- Harris, B., Hormonal Aspects of Postnatal Depression. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 27-36
- Hartung, A. C., Hartung, C., „Postpartum-Blues: Psychosomatische Aspekte des frühen Wochenbettes.“ Med. Dissertation, Humboldt-Universität Berlin, 1998
- Hasseler, M., “Stationäre Wochenbettbetreuung. Hebamme, Krankenschwester, Kinderkrankenschwester – wer ist verantwortlich?“ *Mabuse* 110 (1997)
- Haufe, U., Barz, S., Neubüser, D., „Konzept der Wochenstation im Zentralkrankenhaus Bremen-Nord: Wiederbelebung weiblichen Wissens.“ in: *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*, Kentenich, H, Rauchfuß, M., Diederichs, P. (Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 1994
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F., „Beck-Depressions-Inventar, Testhandbuch.“ Hans Huber, Bern, 1994
- Hays, J., Ockene, J. K., Brunner, R. L., Effects of estrogen plus progesterone on health related quality of life. *N Engl J Med* 348 (2003) 1839-1854
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., „Biological Determinants of Postpartum Depression.“ in: Miller LJ (Hrsg.) „Postpartum Mood Disorders“, American Psychiatric Press, Washington DC, 1999, 65-82
- Hering, S., Maierhof, G., “Die unpässliche Frau – Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene.” *Mabuse*, Frankfurt, 2002
- Hilsenbeck, P., Blessing, A., Haller, B., “Ist Frau-sein eine Krankheit?” in: *Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1993
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., Moilanen, I., Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynaecol Scand* 83 (2004) 257-261
- Hintereicher, M., “Brauchtum bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Bayern, dargestellt anhand von aussagen bayerischer Hebammen.” Burgverlag, Tecklenburg, 1993
- Hirth, G., „Kulturgeschichtliches Bilderbuch aus drei Jahrhunderten.“ Leipzig/München, 1885
- Hobfoll, S. E., Leibermann, J. R., Personality and social resources in immediate and continued stress resistance women. *J Res Soc Psychol* 52, No. 1 (1987) 18-26
- Hoffmann, S. O., Victor von Weizsäcker. Arzt und Denker gegen den Strom. *Dtsch Ärztebl* 103, Nr. 11 (2006) A672-674
- Hohlgschwandtner, M., Husslein, P., Klier, C., Ulm, B., Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 80 (2001) 326-330
- Holden, J., The role of health visitors in postnatal depression. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 79-86
- Homans, H., “Pregnancy and birth as rites of passage for two groups of women in Britain.” in: Mac Cormack, C., (Hrsg.) “Ethnography of Fertility and Birth.” Academic Press, London, 1982

- Hormann, E., Breastfeeding: A Healing Tie. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies* (1991)
- Houdek, M. J., Newton, N., Activity and work during pregnancy and the postpartum period: A cross-cultural study of 202 societies. *Am J Obstet Gynaecol* 135 (1979) 171-176
- House, S., *Archives de Médecine*, 1879
- Hrdy, S. B., "Mother Nature. A History of Mothers, Infants, and Natural Selection." Pantheon Books, New York, 1999
- Iani, F., Geschichte, Ursache und Heilart einer Kindbetterinnenmelancholie. *Arch Geburtshilfe Jena* 2 (1790) 65-77
- Iles, S., Gath, D., Kennerly, H., Maternity Blues II. A Comparison Between Post-operative Women and Post-natal Women. *Br J Psychiatry* 155 (1989) 363-366
- Jadhav, S., "The Cultural Construction of Western Depression." in: *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*. Scultans, V., Cox, J. L., (Hrsg.), Kingsley Publishers, London/Philadelphia, 2000
- Jarrahi-Zadeh, A., Kane, F. J., van de Castle, R. L., Lachenbruch, P. A., Ewing, J. A., Emotional and Cognitive Changes in Pregnancy and Early Puerperium. *Br J Psychiatry* 115 (1969) 797-805
- Joester, A., „Frauen – nur als Opfer zu betrachten?“ in: *Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1993
- Josefson, A., Berg, G., Nordin, C., Sydsjö, G., Prevalence of depressive Symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 80 (2001) 223-228
- Josefsson, A., Angelsiö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics and Gynecology* 99, No. 2 (2002)
- Kane, F. J., Harman, W. J., Keeler, M. H., Ewing, J. A., Emotional and Cognitive Disturbance in the Early Puerperium. *Br J Psychiatry* 114 (1968) 99-102
- Kapfhammer, H. P., Psychische Störungen in Zusammenhang von Geburt und Wochenbett. *Psychiatrie für die Praxis* 19 (1994) 45-53
- Kästner, R., Stauber M., „Die früheste Mutter/Eltern-Kind-Beziehung“ In: „Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie“, Stauber, M., Kentenich, H., Richter, D. (Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1999, S. 159-170
- Kästner, R., Stauber, M., "Study on the early mother-child-relationship." Kongressvortrag auf dem 11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Basel, 1995
- Kaupen-Haas, H., Rothmaler, Ch. (Hrsg.) „Moral, Biomedizin und Bevölkerungskontrolle.“ *Sozialhygiene und Public Health*, Band 5, Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main, 1997
- Kendell, R. E., Mackenzie, W. E., West, C., McGuire, R. J., Y., Cox, J. L., Day-to-Day Mood Changes after Childbirth: Further Data. *Br J Psychiatry* 145 (1984) 620-625
- Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., Cox, J. L., Mood changes in the first weeks after childbirth. *J Affect Disord* 3 (1981) 317-326
- Kennerly, H., Gath, D., Maternity Blues I. Detection and Measurement by Questionnaire. *Br J Psychiatry* 155 (1989a) 356-362

- Kennerly, H., Gath, D., Maternity Blues III. Associations with Obstetric, Psychological, and Psychiatric Factors. *Br J Psychiatry* 155 (1989b) 367-373
- Kennerly, H., Gath, D., Maternity Blues reassessed. *Psychiatr Develop* 1 (1986) 1-17
- Kitayama, S., Markus, H. R. "Emotion and Culture." *Am. Psychol. Ass.*, Washington, 1992
- Kitzinger, S., „Das Jahr nach der Geburt.“ Droemer Knaur, München, 1995
- Kleinman, K., "The Postpartum-Husband." In: „Postpartum Husband: Practical Solutions for living with Postpartum Depression“, Xlibris Corporation, Philadelphia, 2001
- Kleinman, A., Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-cultural Research on Illness. *Br J Psychiatry* 151 (1987) 447-454
- Klier, C., Muzik, M., Postpartum Depression: Eine neue Behandlungsmöglichkeit stellt sich vor. *Jatros Medizin für die Frau* 5 (1997)
- Klitzing, K. von, Amsler, F., Schleske, G., Simoni, H., Bürgin, D., Einfluss psychischer Faktoren in der Schwangerschaft auf die Eltern-Kind-Beziehung. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau* 36 (1996) 149-155
- Kneuper, E., "Mutterwerden in Deutschland. Eine ethnologische Studie." Lit Verlag, Münster, 2004/5
- Knight, R. G., Thirkettle, J. A., The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *J Psychosom Res* 31 (1987) 351-357
- Knörr, K. (Hrsg.), "Geburtshilfe und Gynäkologie." 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/Tokyo, 1989
- Köglberger, S., "Schatten und Licht. Krise nach der Geburt." Arbeit im Rahmen der Ausbildung zur Still- und Laktationsberaterin (IBCLC), 2000/2001)
- Koo, V., Lynch, J., Cooper, S., Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obstet Gynaecol Res* 29, No. 4 (2003) 246-250
- Krebhiel, D., Poindron, P. Peridural anaesthesia disturbs maternal behaviour in primiparous and multiparous ewes. *Physiology and Behavior* 40 (1987)
- Kruckmann, L. D., „Rituals and Support: An Anthropological View of Postpartum depression.“ in XXX, 1995?
- Kumar, R., Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatr Epidemiol* 29 (1994) 250-264
- Kumar, R., Robson, K. M., A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry* 144 (1984) 35-47
- Lanczik, M., Entstehungsbedingungen und Verlauf postpartal auftretender psychischer Erkrankungen und Störungen. Habilitationsschrift, Psychiatrie, Julius-Maximilian-Universität Würzburg, 1994
- Lanczik, M., Spingler, H., Heidrich, A., Becker, T., Kretzer, B., Albert, P., Fritze, J., Post partum blues: Depressive disease or pseudoneurasthenic syndrom. *J Affect Disord* 25 (1992) 47-52
- Landon, M., Hauth, J., Leveno, K. J. et al., Maternal and Perinatal Outcomes with a Trial of Labour after Prior Caesarean Delivery. *N Engl J Med* 351, No. 25 (2004) 2581-2589

- Laner, B., Felduntersuchungen zu postpartaler Dysphorie in der Ethnie der Bhil, Zentralindien. Eine katamnestische Untersuchung an 36 indischen Frauen. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2005)
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D., „State-Trait-Anxiety-Inventar.“ Beltz Test Gesellschaft, Weinheim, 1981
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *Journal of Affective Disorders* 63 (2001) 233-238
- Lee, D. T., Yip, A. S., Chiu, H. F., Leung, T. Y., Chan, K. P., Chau, I. O., Leung, H. C., Chung, T. K., Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 172 (1998) 433-437
- Lee, D. T., Yip, A. S., Chiu, H. F., Leung, T. Y., Chung, T. K., Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *J Affect Disord* 63 (2001) 233-238
- Lee, D. T., Yip, A. S., Chiu, H. F., Leung, T. Y., Chung, T. K., Ethnoepidemiology of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 184 (2004) 34-40
- Lemaitre-Sillère, V., Meunier, A., Hérubel, A., Choquet, M.-C., ‘Baby-Blues’, Dépression du ‘post-partum’ et perturbation des interactions mere-nourrisson dans les trios premiers mois de la vie. *Psychiatr Infant* 17 (1998) 161-208
- Lenzen-Schulte, M., “Kaiserschnitt-Studie. Geburt mit wenig Risiko.” <http://www.faz.net> vom 12. Januar 2005
- Levy, V., The Maternity Blues in Post-Partum and Post-Operative Women. *Br J Psych* 151 (1987) 368-372
- Linder, R., „Ermutigende Mutterschaftsvorsorge - am Beispiel des Umgangs mit der drohenden Frühgeburt“, *Dr. med. Mabuse* 110, Nov./Dez. (1997)
- Linder, R., Klarck, S. (Hrsg.), „Hausgeburten, Praxisgeburten, Geburtshäuser, Entbindungsheime. Dokumentation der 2. Deutschen Arbeitstagung Haus- und Praxisgeburten.“ Mabuse-Verlag, Frankfurt a. Main, 1996
- Lipson, J. G., Tilden, V. P., Psychological Integration of the Cesarean Birth Experience. *Am J Orthopsychiatry: A Journal of human Behavior* 4 (1980)
- Lipson, J., “Effects of a support group on the emotional impact of cesarean childbirth.” Department of Mental Health (Hrsg.), University of California, Haworth Press, 1982
- Lehmann, V., “Der Kayserliche Schnitt”, Schattauer, Stuttgart/New York, 2006
- LoCicero, A. K., Explaining excessive Rates of Cesarians and other Childbirth Interventions. Contributions from Contemporary Theories of Gender and Psychosocial Development. *Social Science and Medicine* 10 (1993) 1261-1270
- Löffler, K., „Kaiserschnitt – der Mythos von der leichteren Geburt.“ *Zeitwissen* 4 (2005) 75-80
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., Lancashire, R. J., Braunholtz, D. A., Gee, H., Effects of redesigned community postnatal care on women’s health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 359 (2002) 358-378
- MacDonald, J., Puerperal insanity. *Am J Insanity* 4 (1847) 113-63

- Marcé, L. V., "Traité de la filie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considerations medico-legals qui se rattachent a ce sujet." Baillière, Paris, 1858
- Marcé, L. V., "Traité pratique des maladies mentales." Baillière, Paris, 1862
- Marland, H., "Dangerous Motherhood: Insanity and Childbirth in Victorian Britain." Palgrave Macmillan, Basingstoke, New York, 2004
- Marland, H., "Destined to a perfect recovery. The confinement of puerperal insanity in the nineteenth century." in: "Insanity, Institutions and Society 1800-1914. A social history of madness in comparative perspective." Melling, J., Forsythe, B. (Hrsg.), Routledge, London/New York, 1999
- Marsella, A., Sartorius, N., Jablensky, A., Fenton, F., "Cross-Cultural Studies of Depressive Disorders: An Overview." in: "Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder." Kleinman, A., Good, B. (Hrsg.), University of California Press, Berkeley/Los Angeles/London, 1985
- Matsuoka, E., "Are maternity blues the product of modern hospital birth? An anthropological view." International Symposium Summer School on Human Reproduction, Asahikawa, Japan, 2004
- Matthey, S., Barnett, B., Fitzgerald, M., Mitchell, P., Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 60 (2000) 75-85
- Maurer, M., Voegeli, T., „Hausgeburt versus Spitalgeburt.“ in: Linder, R., Klarck, S. u.a. (Hrsg.) Hausgeburten. Praxisgeburten. Geburtshäuser. Entbindungsheime. Dokumentation der 2. deutschen Arbeitstagung Haus- und Praxisgeburten, Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main, 1996
- Merritt, T., Kuppin, S., Wolper, M., Postpartum Depression Causes and Correlates. *The International Electronic Journal of Health Education* 4 (2001) 57-63
- Miller, L. J., Ruckstalis, M., "Beyond the Blues. Hypothesis about Postpartum Reactivity." in: Miller LJ (Hrsg.), "Postpartum Mood Disorders", American psychiatric Press, Washington DC, 1999
- Mitchell, E., Thompson, J. M. D., Stewart, A. W., et al., Postnatal Depression and SIDS: A prospective Study. *J Paediatr Child Health* 28 (1992) 13-16
- Molony, J. C., Post-partum depression or third day depression following childbirth. *New Orleans Child and Parent Digest* 6 (1952) 20-32
- Morell, C. J., Spiby, H., Stewart, P., Walters, S., Morgan, A., Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomized controlled trial. *BMJ* 321 (2000) 593-598
- Murray, L., Cooper, P. J., The impact of postpartum depression on child development. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 55-63
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 37 (1996) 927-935
- Mutryn, C., Psychosocial Impact of Cesarean Section on the Family: A Literature Review. *Soc Sci Med* 10 (1993) 1271-1282
- Myers, S. A., Gleicher, N., „The Mount Sinai cesarian section reduction program: an update after 6 years.“ in: "Cesarian Section Births in the U.S.", *Soc Sci Med* 37 No. 10 (1993) 1219-1222

- Nadig, M., „Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual. Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich.“ in: „Differenz und Geschlecht. Neue Ansätze in der ethnologischen Forschung.“ Hauser-Schäublin, B., Röttger-Rösler, B. (Hrsg.), Dietrich Reimer Verlag, Berlin, 1998
- Nadig, M., Die gespaltene Frau – Mutterschaft und öffentliche Kultur. *Psyche* 1 (1990) 53-70
- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O`Callaghan M. J., Williams, G. M., Postnatal depression - Myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Epidemiol* 35 (2000) 19-27
- Nappi, R. E., Petraglia, F., Luisi, S., Polatti, F., Farina, C., Genazzi, A. R., Serum Allopregnanolone in Women with Postpartum 'Blues'. *Obstet and Gynaecol* 97 (2001) 77-80
- National Alliance for Mentally Ill, "Higher Rates of Depression in Women."
<http://www.naml.org/disord4.htm>, July 15th, 1999
- Neuhaus, W., "Pränatale Erwartungshaltung und postpartale Zufriedenheit. Ergebnisse einer Befragung schwangerer Frauen vor und nach der Geburt." in: Brähler, E. und Unger, U. (Hrsg.), „Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft“, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1996, 139-152
- Nicolson, P. "Post-Natal-Depression. Psychology, Science and the Transition to Motherhood." *Women and Psychology*, Routledge, 1998
- Nicolson, P., The Myth of the Maternal Instinct. *Psychology, Evolutions and Gender* 1 (1999) 161-181
- Nishizono-Maher, A., Kishimoto, J., Yoshida, H., Urayama, K., Miyato, M., Otsuka, Y., Matsui, H., The role of self-report questionnaire in the screening of postnatal depression. *Soc Psychiatr Epidemiol* 39 (2004) 185-190
- O'Hara, M., "Postpartum Depression: A Perspective from the American Midwest." International Symposium on Postpartum Dysphoria and Depression – Anthropological, Ethnopsychiatric and Evolutionary Dimensions, Reimers Stiftung, Bad Homburg, 2000
- O'Hara, M., "Psychologic and Biologic Factors in Postpartum Depression." in: "Premenstrual, Postpartum, and Menopausal Mood Disorders." Demers, L., McGuire, J., Phillips, A., Rubinow, D. (Hrsg.), Urban und Schwarzenberg, Baltimore/München, 1989
- O'Hara, M., Neunaber, D., Zekoski, E., Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course and Predictive Factors. *J Abnorm Psychol* 93 (1984) 158-171
- O'Hara, M., Postpartum 'Blues', Depression, and Psychosis: A Review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 7 (1987) 205-227
- O'Hara, M., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Varner, M. W., Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorder: Psychological, Environmental and Hormonal Variables. *J Abnorm Psychol* 100 (1991b) 63-73
- O'Hara, M., Social Support, Life Events, and Depression during Pregnancy and the Puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 43 (1986) 569-573
- O'Hara, M., Zekoski, E., Phillips, L., Wright, E., Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorder: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. *J Abnorm Psychol* 99 (1990) 3-15
- Oakley, A., Medical and social factors in postpartum depression. *J Obstet Gynaecol* 1 (1981) 182-187

- Odent, M., "Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen." Becksche Reihe, München, 1994
- Odent, M., „Geburtshilfe am Wendepunkt.“ in: Linder, R., Klarck, S. u.a. (Hrsg.) Hausgeburten. Praxisgeburten. Geburtshäuser. Entbindungsheime. Dokumentation der 2. deutschen Arbeitstagung Haus- und Praxisgeburten, Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main, 1996b
- Odent, M., „Gesundheit von Geburt an.“ in: Linder, R., Klarck, S. u.a. (Hrsg.) Hausgeburten. Praxisgeburten. Geburtshäuser. Entbindungsheime. Dokumentation der 2. deutschen Arbeitstagung Haus- und Praxisgeburten, Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main, 1996a
- Oglesby, C., "Postpartum-Depression: More than Babyblues." <http://www.CNN.com>, June 27th, 2001
- Osiander, F. B., "Neue Denkwürdigkeiten für Ärzte und Geburtshelfer." Rosenbusch, Göttingen, 1797
- Ostkirchen, G., Behrend, M., Franzmeier, M., :Lautner, I., Stäcker, K.-H., Fischer, W. M., „Prä- und postpartale Schmerzverarbeitung von Primi- und Multiparae bei Spontangeburt und Kaiserschnittentbindungen.“ in: Brähler, E. und Unger, U. (Hrsg.), „Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft“, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1996, 40-53
- Oudshoorn, N., „Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones.“ Routledge, London, 1994
- Papousek, H., "Die Anfänge der Eltern-Kind-Beziehung." in: Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Frick-Bruder und Platz (Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 1984
- Parry, B., "Postpartum Depression in Relation to other Reproductive Cycle Mood Changes." In: L. J. Miller (Hrsg.), Postpartum Mood Disorders, Arlington, 1999, S. 21-45
- Patel, V., Rodrigues, M., DeSouza, N., Gender, Poverty and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 159 (2002) 43-47
- Paykel, E., Emms, E., Fletcher, J., Rassaby, E., Life Events and Social Support in Puerperal Depression. *Br J Psychiatry* 136 (1980) 339-346
- Pitt, B., 'Atypical' Depression Following Childbirth. *Br J Psychiatry* 114 (1968) 1325-1335
- Pitt, B., Maternity Blues. *Br J Psychiatry* 122 (1973) 421-433
- Ploss, H., "De genesi psychisium in puerperio." Med. Dissertation, Leipzig, 1846
- Ploss, H., Bartels, M., „Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Anthropologische Studien von Dr. H. Ploss. Siebente umgearbeitete und stark vermehrte Auflage.“ Th. Grieben Verlag, Leipzig, 1884/1902
- Pollard, J. K., Capeless, E., Cesarean deliveries at a university hospital: analysis of rates and indications. *Am J Perinatology* 14 No. 5 (1997)
- Pop, V. J., de Rooy, H. A., Vader, H. L., van der Heide, D., van Son, M., Postpartum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *N Engl J Med* 325 (1991) 371
- Pop, V. J., Essed, G. G., de Geus, C. A., van Son, M. M., Komproe, I. H., Prevalence of post partum depression – or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynaecol Scand* 72, No. 5 (1993) 354-358
- Pop, V. J., Wijnen, H. A., van Montfort, M., Essed, G. G., Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 102 (1995) 701-706

- Porzolt, F., Unterschiede zwischen klinischer Forschung und Ergebnisforschung. *Dtsch Ärztebl* 102 (2005) A2380-2385
- Powell, S., Drotar, D., Postpartum depressed mood – the impact of daily hassles. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 13 (1992) 255-266
- Rahman, A., Iqbal, Z., Harrington, R., Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 33 (2003) 1161-1167
- Rau, W. T. H., “De lochiorum defectu plenario in quinque puerperiis, tandem in maniacum furorem definente.” *Acta Acad. Nat. Curios Norimberga* 9 (1752)
- Reinfelder, P., “Über den Wahnsinn bey Kindbetterinnen.” *Med Dissertation*, Würzburg, 1817
- Reynolds, J. L., Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ* 156, No. 6 (1997) 831-835
- Rhode, L. A., Busnello, E., Wolf, A., Zomer, A., Shansis, F., Martins, S., Tramontina, S., Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 95 (1997) 231-235
- Rieser, S., Ein schmerzhafter Schnitt. Kaiserstudie der GEK. *Dtsch Ärztebl* 103 (2006) C 1174
- Righetti-Veltima, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., Manzano, J., Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 49 (1996) 167-180
- Ripping, L. H., “Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden.” *Stuttgart*, 1877
- Robin, A. A., The psychological changes of normal parturition. *Psychiatry Q* 36 (1962) 129-150
- Robson, K. M., Kumar, R., Delayed onset of maternal affection after childbirth. *Br J Psychiatry* 136 (1980) 347-353
- Romito, P., Postpartum Depression and the Experience of Motherhood. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 69 (1990a)
- Romito, P., Postpartum Depression or the Medicalization of Maternal Unhappiness. A Critical Review. *Acta Obstet Gynaecol Scand* (1990b) 7-19
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.-J., LeLong, N., What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 49 (1999) 1651-1661
- Romito, P., The Experience of Motherhood. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 69 (1990c) 20-30
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L. (Women`s Health Initiative Investigators), Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women`s Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288 (2003) 321-333
- Royen, H. van, “Die glückliche Hausfrau.” *Rowohlt, Reinbek*, 2002
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., Posttraumatic stress reactions after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 76, No. 9 (1997) 856-861
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., halmesmäki, E., Psychological predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 80 (2001) 39-45
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Halmesmäki, E., Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 80 (2001) 39-45

- Sakala, C., „Medically unnecessary cesarian section births.“ in: “Cesarian Section Births in the U.S.”, Soc Sci Med 37 No. 10 (1993a) 1177-1198
- Sakala, C., Midwifery care and out-of-hospital birth settings: how do they reduce unnecessary cesarian section births?” in: “Cesarian Section Births in the U.S.”, Soc Sci Med 37 No. 10 (1993b) 1233-1250
- Salmon, P., Drew, N., Multidimensional assessment of women`s experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. J Psychosom Res 36, No. 4 (1992) 317-327
- Saurel-Cubizolles, M.-J., Romito, P., Ancel, P.-Y., Lelong, N., Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. J Epidemiol Community Health 54 (2000) 185-191
- Schaal, J., „Der Wandel der Kaiserschnittindikationen unter den Bedingungen der frühen und der gegenwärtigen Geburtshilfe“ Med. Dissertation, Freie Universität Berlin, 1986
- Schiefenhövel, W. (Hrsg.) “Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege.” Berlin, 1995
- Schiefenhövel, W., Transkulturelle und evolutionsbiologische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt. Sexuologie1 (1994) 27-37
- Schiefenhövel, W., Evolutionäre und transkulturelle Pespektiven in der Psychiatrie. Nervenheilkunde 21 (2002) 119-126
- Schiefenhövel, W., Evolutionsbiologische Überlegungen zur Schmerzhaftigkeit des Gebärens. Die Hebamme 1 (2005) 13-17
- Schiefenhövel, W., „’Bedding-in’ als Prophylaxe gegen Baby-Blues? Evolutionsmedizinische und kulturenvergleichende Aspekte.“ In: „Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.“ Brisch, K. H., Hellbrügge, T. (Hrsg.), Klett-Cotta, Stuttgart, 2007
- Schindele, E., „Zwischen gutter Hoffnung und der Angst vor dem Risiko. Vom modernen Umgang mit Schwangerschaft.“ Mabuse 110 (1997)
- Schlöglhofer, K., Postpartale Reaktion von Männern auf die Geburt ihres Kindes. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2006)
- Schneider, E., „Konkurrenzen und Querelen. Hebamme und Ärzte – ein schwieriges Verhältnis.“ Mabuse 110 (1997)
- Schücking, B., „Frauen in Europa.“ in: Linder, R., Klarck, S. u.a. (Hrsg.) Hausgeburten. Praxisgeburten. Geburtshäuser. Entbindungsheime. Dokumentation der 2. deutschen Arbeitstagung Haus- und Praxisgeburten, Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main, 1996
- Schücking, B., „Women in Europe: similar and different experiences during first pregnancy and childbirth.“ Kongressvortrag auf dem 11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Basel, 1995
- Schücking, B., Wunschkaiserschnitt. Selbstbestimmt und risikolos? Dr. Med. Mabuse 148 (2004)
- Schultzius, G., „De melancholia ex utero, in puerpera observata et curata.“ Med. Dissertation, Frankfurt a. d. Oder, 1705
- Schwab, R., Möller, I., „Bedingungen des Geburtserlebens und der Zufriedenheit bei Wöchnerinnen, Ärzten/Ärztinnen und Hebammen. Zur Bedeutung von Einsamkeit und Geburtsangst der

- Wöchnerinnen.“ in: Brähler, E. und Unger, U. (Hrsg.), „Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft“, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1996, 54-70
- Shearer, E., “Cesarian Section: medical benefit and costs.” in: “Cesarian Section Births in the U.S.”, Soc Sci Med 37 No. 10 (1993) 1223-1232
- Smith, G., G. C. S., Pell, J. P., Dobble, R., Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 362, No. 29 (2003)
- Spielberger, C. D., Porusch, R. L., Lushen, R. H., „Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory.“ Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1970
- Stafford, R., The Impact of Nonclinical Factors on Repeat Cesarean Section. Journal of the American Medical Association 1 (1991)
- Stein, G. S., The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. J Psychosom Res 24 (1981) 1665-1671
- Steinberg, J., “De mania puerperarum.” Med. Dissertation, Breslau, 1837
- Steiner, M., Tam, W., “Postpartum Depression in Relation to other Psychiatric Disorders.” In: Miller, E. J. (Hrsg.), “Postpartum Mood Disorders”, Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1999
- Stern, G., Kruckman, L., Multi-Disciplinary Perspectives on Post-Partum Depression: An Anthropological Critique. Soc Sci Med 17 (1983) 1027-1041
- Strobl, C., “Postpartale Dysphorie (Baby-Blues) und Wochenbett-Depression. Eine katamnestische Untersuchung an 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg.“ Dissertation, Technische Universität München, 2002
- Strobl, C., “Postpartale Dysphorie (Baby-Blues) und Wochenbettdepression. Eine katamnestische Untersuchung an 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg.“ Med. Dissertation, Technische Universität München, 2002
- Stuchberry, M., Matthey, S., Barnett, B., Postnatal depression and social support in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. Soc Psychiatr Epidemiol 33 (1998) 483-490
- Suurmeijer, T., Doeglas, D., Briancon, S., Krijen, W., Krol, B., Sanderman, R., Moum, T., Bjelle, A., van den Heuvel, W., The Measurement of Social Support in the European Research on Incapacitating Diseases and Social Support: The Development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). Soc Sci Med 40 (1995) 1221-1229
- Tanzer, S., Postpartum Blues. Unterschiede im postpartalen psychischen Befinden zwischen deutsch- und italienischsprachigen Frauen in Südtirol. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2008)
- Tew, M., “Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care.” Free Assoc. Books Ltd., London/New York
- Thalassinos, M., Rouillon, F., Engelmann, P., Lempérière, T., Etude des relations entre données gynéco-obstétricales et troubles psychiques de la grossesse et du postpartum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 17 (1987) 879-887
- Thalassinos, M., Zittoun, C., Rouillon, F., Engelmann, P., Etude des troubles anxieux. dépressifs du postpartum chez les femmes enceintes. J Gynaecol Obstet Biol Reprod 22, No. 1 (1993) 101-106

- Thompson, W. M., Harris, B., Lazarus, J., Richards, C., A comparison of the performance of rating scales used in the diagnosis of postnatal depression. *Acta Psychiatr Scand* 98 (1998) 224-227
- Thornhill, R., Furlow, B., Stress and Human Behavior: Attractiveness, Women's Sexual Development, Postpartum Depression, and Baby's Cry. *Adv Stud Behav* 27 (1998) 319-369
- Toellner, R., "Illustrierte Geschichte der Medizin." Andreas Verlag, Vaduz, 1992
- Tonge, B. J., "Post natal mood states: antecedent features and consequences." in: "Hormones and Behavior." Dennerstein, L., Fraser, I. (Hrsg.), 1986
- Troutman, B., Cutrona, C., Nonpsychotic Postpartum Depression among Adolescent Mothers. *J Abnorm Psychol* 99 (1990) 69-78
- Tulman, L., Fawcett, J., Recovery from childbirth, Looking back at six months after delivery. *Health Care Women Int* 12, No. 3 (1991) 341-350
- Turner, R., Caesarian-Section Rates, Reasons for Operation Vary between Countries. *Family Planning Perspectives* 22 (1990)
- Victoroff, V. M., Dynamics and management of postpartum neuropathic reactions. *Dis Nerv Syst* 10 (1952) 291-298
- Viinamäki, H., Niskanen, L., Pesonen, P., Saarikoski, S., Evolution of postpartum mental health. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 18 (1997) 213-219
- Walcher, W., Haas, J., Winter R., Maternal preparation and its effect to childbirth. *Arch Gynecol Obstet* 250, 1-4, (1991) 140-141
- Waldenström, U., Early and late discharge after hospital birth: fatigue and emotional reactions in the postpartum period. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 8 (1988) 127-135
- Wanker, M., Postpartales psychisches Befinden bei Frauen mit besonderer Berücksichtigung der Wassergeburt. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck (2006)
- Watson, E., Evans, S., An Example of Cross-Cultural Measurement of Psychological symptoms in Postpartum Mothers. *Soc Sci Med* 23 (1986) 869-874
- Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V., Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21.sten Jahrhunderts? *Dtsch Arztebl* 103, Nr. 13 (2006) A834-841
- Whiffen, V., Gotlib, I., Comparison of Postpartum and Nonpostpartum Depression: Clinical Presentation, Psychiatric History, and Psychosocial Functioning. *J Consult Clin Psychol* 61 (1993) 485-494
- Whitton, A., Appleby, L., Warner, R., Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 73-78
- Wickberg, B., Hwang, C., Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 95 (1997) 62-66
- Wile, J., Arechiga, M., "Sociocultural Aspects of Postpartum Depression." in: Miller LJ (Hrsg.), "Postpartum Mood Disorders", American psychiatric Press, Washington DC, 1999, 83-98
- Wilkie, G., Shapiro, C. M., Sleep Deprivation and the Postnatal Blues. *J Psychosom Res* 36 (1992) 309-316
- Woods, N. F., Mitchell, E. S., Patterns of Depressed Mood in Midlife Women: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Research in Nursing and Health* 19 (1996) 111-123

- Wother, A., "De mania puerperali." Med. Dissertation, Greifswald, 1853
- Yalom, I. D., 'Postpartum Blues' Syndrome. A Description and Related Variables. Arch Gen Psychiatry 18 (1968) 16-27
- Yonkers, K. A., Ramin, S. M., Rush, A. J., Navarrete, C. A., Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Health Clinic System. Am J Psychiatry 158 (2001) 1856-1863
- Zdeb, M. G., Logrillo, V., Frequency, spacing and outcome of pregnancies subsequent to primary cesarian children. Am J Obstet Gynaecol 150 (1984)
- Zellkowitz, P., Millet, T. H., Screening for postpartum depression in a community sample. Can J Psychiatry 40, No. 4 (1995) 80-86
- Zilboorg, G., The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth. Am J Psychiatry 85 (1929) 733-767

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name	Barbara Anna Nowitzky, geb. Stemple Waldstrasse 34 82386 Oberhausen Tel.: 08802/907225
geboren am in	30. November 1972 München
Familienstand	verheiratet, 2 Stiefkinder, 4 Kinder
Nationalität	Deutsch

Schulbildung

09/1979 bis 07/1983	Grundschule Kaufering
09/1983 bis 07/1992	Dominikus-Zimmermann-Gymnasium Landsberg am Lech/ Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
09/1992 bis 03/1993	Auslandsaufenthalt in Rom/Italien mit Sprachenschule

Berufsausbildung

04/1993 bis 04/2001	Studium der Humanmedizin an der Ludwig- Maximilian-Universität München
05/2001 bis 08/2002	Elternzeit
09/2002 bis 03/2003	Tätigkeit als „Ärztin im Praktikum“ in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Weilheim i. Obb. (Krankenhaus GmbH Weilheim- Schongau)
04/2003 bis 02/2004	Elternzeit

03/2004 bis 09/2004	Tätigkeit als „Ärztin im Praktikum“ in der Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses Schongau (Krankenhaus GmbH Weilheim-Schongau)
10/2004 bis 02/2005	Tätigkeit als Assistenzärztin in der Inneren Medizin am Krankenhaus Weilheim
08/2005 bis 06/2006	Statische Ausarbeitung der Daten für die Dissertation, Fertigstellung und Einreichung der Arbeit/Elternzeit
07/06 bis heute	Tätigkeit als Assistenzärztin in der Inneren Medizin am Krankenhaus Schongau (seit 9/08 im Mutterschutz/Elternzeit)

Studienbegleitende Tätigkeiten

1995 bis 1996	gewähltes Mitglied des Fachbereichsrates der medizinischen Fakultät (Studierendenvertretung)
11.1994 bis 3.1999	Leitung von Arbeitsgruppen des Studentischen Arbeitskreises für klassische Homöopathie
seit 1995	regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen für klassische Homöopathie für Studierende und für Ärzte
09.2001 bis 04.2004	Immatrikulation im Promotionsstudiengang an der Ludwig-Maximilian-Universität München

Veröffentlichungen

Dammann,G.; Ackermann,E.; Delius, M.;Strobl, C.; *Stemple, B.*; Pastrana, T.X.; Winkler, S.; Dorfner, P. & Schiefenhövel, W. (2001) The Munich evolution-psychological postpartum study: hypotheses, design, and first results, Archives of Womens Mental Health, 3(Suppl.2), 82 im Rahmen der Dissertation „Psychische Störungen im Wochenbett“ (Professor Dr. Wulf Schiefenhövel, Max-Planck-Institut für Humanethologie in Andechs)

Sonstiges

08. Juli 1999	Geburt des Sohnes Robin
05. Juni 2001	Geburt des Sohnes Julian
13. Mai 2002	Tod des Sohnes Julian
02. April 2003	Geburt des Sohnes Lukas
19. März 2005	Geburt des Sohnes Tobias
23. Juli 2005	Eheschließung mit Andreas Nowitzky
13. Oktober 2008	Geburt der Tochter Enya

Oberhausen, im Dezember 2008

Barbara Nowitzky